

Notice d'information SANTÉ

-

CCN OPERATEURS DE VOYAGES ET DES GUIDES

La notice d'information (NI-Santé CCN Op Vo 01-25) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise auprès de :
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

Elle comprend deux parties : la notice proprement dite et le tableau de vos garanties. En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le tableau de garanties, c'est ce qui est marqué au tableau de garanties qui s'impose.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites par votre entreprise, ci-après dénommée parfois « l'adhérent » et dont vous bénéficiez.

Nous restons à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de frais médicaux.

TITRE 1 : AFFILIATION	6
Article 1 - OBJET.....	6
Article 2 - PARTICIPANTS.....	6
Article 3 - OUVERTURE DES GARANTIES DU REGIME SOCLE	6
3-1 AFFILIATION	6
Article 4 - CESSATION DES GARANTIES	6
Article 5 - SUSPENSION DES GARANTIES.....	7
Article 6 – OUVERTURE DES GARANTIES DU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE.....	7
6-1 AFFILIATION	7
6-2 PRISE D’EFFET DES GARANTIES.....	7
6-3 CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES	7
6-4 RESILIATION.....	8
Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES.....	8
7-1 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL REMUNEREE OU INDEMNISEE.....	8
7-2 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNEREE NON INDEMNISEE.....	8
Article 8 - PORTABILITE DES DROITS.....	9
8-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION	9
8-2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION	9
8-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES	9
8-4 GARANTIES MAINTENUES	9
Article 9 - PROLONGATION DE GARANTIES.....	10
Article 10 – AUTRES BENEFICIAIRES (AYANTS DROIT).....	10
10-1 PRINCIPE.....	10
10-2 DEFINITION DES AYANTS DROIT	11
10-3 DUREE ET RESILIATION DE L’AFFILIATION.....	12
10-4 RADIATION COUVERTURE AYANTS DROIT.....	12
Article 11 - TERRITORIALITE	12
TITRE 2 : COTISATIONS	14
Article 12 – ASSIETTE ET MONTANT	14
Article 13 - MODALITES DE PAIEMENT.....	14
Article 14 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	14
TITRE 3 : PRESTATIONS	15
Article 15 - FAIT GENERATEUR.....	15
Article 16 - INDUS.....	15
Article 17 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS	15
Article 18 - DETAILS DES PRESTATIONS.....	15
18-1 JUSTIFICATIFS.....	15
18-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE.....	15
18-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR.....	15
18-4 DETAILS.....	16
Article 19 – PANIERS 100% SANTÉ	18
19-1 OPTIQUE.....	18

19-2 DENTAIRE	18
19-3 AIDES AUDITIVES	19
Article 20 - DELAIS ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS ...	19
Article 21 - CONTRAT RESPONSABLE	21
Article 22 - EXCLUSIONS	22
TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	23
Article 23 – DEFINITIONS	23
Article 24 - PRESCRIPTION	23
Article 25 - CONTROLES	24
Article 26 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS	24
Article 27 - CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PREVOYANCE	24
Article 28 - FAUSSE DECLARATION	24
Article 29 -RENSEIGNEMENTS - RECLAMATIONS - MEDIATIONS	25
Article 30 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	25
Article 31 – COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE	26
ANNEXE - TABLEAUX DE GARANTIES	27

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 - OBJET

Par l'Accord du 21.09.2015 modifié en dernier lieu par l'Avenant n° 3 du 04.10.2024, les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des opérateurs de voyages et des guides du 19.04.2022 (IDCC 3245) ont institué un régime collectif de remboursement de frais de soins de santé permettant aux salariés des entreprises de la branche professionnelle (le cas échéant à leurs ayants droit) de bénéficier de prestations complémentaires aux prestations en nature versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par ces bénéficiaires.

Ce régime comprend :

- une couverture collective de base obligatoire, dite « régime socle », à destination des salariés.

Dans ce cadre, l'entreprise choisit l'un des 3 niveaux de couverture proposés :

- Niveau 1 (niveau minimum conventionnel)
- Niveau 2 (niveau amélioré)
- Niveau 3 (niveau amélioré)

S'ils le souhaitent, ces salariés peuvent, à titre facultatif, étendre la couverture de base dont ils bénéficient selon le niveau souscrit par l'entreprise, au profit de leurs ayants droit.

Et, le cas échéant, une couverture collective optionnelle visant à améliorer ledit régime socle au profit de ses salariés, dite « régime surcomplémentaire ». Cette couverture collective est proposée dans le cadre d'une couverture à adhésion facultative.

En fonction du niveau de couverture du régime obligatoire souscrit par l'entreprise, celle-ci a en effet la possibilité de proposer à ses salariés d'adhérer, à titre facultatif, à un ou plusieurs niveaux optionnels :

Lorsque l'entreprise a souscrit le Niveau 1, le salarié peut souscrire au choix :

- l'option 1 visant à améliorer sa couverture socle pour atteindre le Niveau 2
- ou l'option 2 visant à améliorer sa couverture socle pour atteindre le Niveau 3.

Lorsque l'entreprise a souscrit le Niveau 2, le salarié peut souscrire :

- l'option 3 visant à améliorer sa couverture socle pour atteindre le Niveau 3.

S'ils le souhaitent, ces salariés peuvent, à titre facultatif, étendre leur couverture surcomplémentaire dont ils bénéficient au profit de leurs ayants droit.

Ainsi, l'entreprise souscrivant la couverture socle de Niveau 3 ne dispose pas de couverture optionnelle surcomplémentaire.

Article 2 - PARTICIPANTS

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise appartenant aux catégories de personnel définies dans les conditions particulières du contrat souscrit par votre entreprise, ci-après dénommés « participants ».

Il s'agit d'une adhésion collective à caractère obligatoire.

Sont aussi garantis :

- Les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en matière de protection sociale dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale (cf article 8 ci-après).
- Les anciens salariés ayant souscrit au contrat prolongation de garanties (cf article 9 ci-après).

Article 3 - OUVERTURE DES GARANTIES DU REGIME SOCLE

3-1 AFFILIATION

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du bulletin d'affiliation et à la fourniture des pièces justificatives.

L'affiliation des salariés se matérialise au moyen du bulletin individuel d'affiliation fourni par l'Institution. Lorsqu'elle est prévue par l'Institution, l'affiliation peut être effectuée par extranet.

Chaque salarié devra compléter et signer ce bulletin qui lui est remis via son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise).

Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'Institution retenu (procédure Noémie).

Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires le concernant notamment (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale...).

Ce bulletin devra être retourné avec la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE ainsi que toute autre pièce mentionnée au bulletin. Les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur ;
- à partir de la date de fin de suspension du contrat de travail ;
- à partir de la date d'embauche pour les nouveaux assurés ;
- à partir du premier jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer au régime et qui a souhaité revenir sur sa décision ou qui cesse de justifier de sa situation.

Article 4 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- **À la date de rupture du contrat de travail ;**
- **À la date de fin de la portabilité des droits ;**
- **À la date de passage dans une catégorie de personnel non visée par les conditions particulières du contrat souscrit par votre employeur ;**
- **À la date d'effet de la liquidation de votre pension de vieillesse de la Sécurité sociale (sauf dans le cas du cumul emploi-retraite) ou de votre préretraite sous réserve de la rupture du contrat de travail ;**
- **À votre décès, sous réserve des dispositions de maintien prévues pour les ayants droit du participant décédé ;**
- **À la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur ;**

• En cas de non-paiement des cotisations

- **A la date d'effet de la résiliation de l'affiliation individuelle lorsque le participant l'a dénoncée dans les conditions prévues en la matière au paragraphe « résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant »,**

Toute nouvelle affiliation ne sera possible qu'à l'issue d'un délai de 3 années civiles après la prise d'effet de la dénonciation (et ceci au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la demande), sauf en cas de modification de la situation familiale du participant prévue au paragraphe précédent. Dans ce cas, la nouvelle affiliation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

- En plus des cas listés ci-dessus, il existe un cas propre au régime surcomplémentaire facultatif : **à la date d'effet de la modification du contrat collectif obligatoire, si celle-ci ne laisse aucun niveau éligible en surcomplémentaire.**

À compter de cette date, l'attestation de droit tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être, soit restituée à l'Institution, soit détruite.

La cessation des garanties s'entend du contrat collectif socle (garanties de base), mais aussi des garanties optionnelles.

Article 5 - SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues :

- **A la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations ;**
- **A la date de suspension du contrat de travail sans rémunération ni indemnisation, tels que le congé parental, le congé sabbatique, le congé création d'entreprise, le CIF etc... Cette disposition s'applique également au gérant sans salaire.**

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie de personnel visée par le contrat d'adhésion, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le participant sera la date à laquelle l'Institution aura été informée de la reprise effective du travail.

Dans ce cas, aucune cotisation n'est due pendant cette période au titre du participant concerné (et de ses ayants droit éventuels).

La suspension des garanties s'appliquera sur le contrat collectif socle, mais aussi sur les niveaux de garanties optionnelles et l'extension famille.

Article 6 – OUVERTURE DES GARANTIES DU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE

6-1 AFFILIATION

Suivant le régime de base conventionnel choisi par votre entreprise vous avez la possibilité de vous affilier à une option surcomplémentaire afin d'améliorer votre niveau de garanties. Les niveaux d'options sont déterminés comme suit :

- Option 1 ou 2 lorsque l'adhérent a souscrit la couverture socle de Niveau 1,
- Option 3 lorsque l'adhérent a souscrit la couverture socle de Niveau 2.

Une fois affilié, le salarié en question acquiert la qualité de « participant » et bénéficie du régime surcomplémentaire pour l'option qu'il aura choisie. Le salarié ainsi affilié a la possibilité d'étendre, à titre facultatif, la couverture à ses ayants droit.

L'affiliation des salariés à l'une des options proposées, se matérialise au moyen du bulletin individuel d'affiliation fourni par l'Institution. Lorsqu'elle est prévue par l'Institution, l'affiliation peut être effectuée par extranet.

Le salarié qui souhaite adhérer au régime, devra compléter et signer ce bulletin qui lui est remis via son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise).

Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'Institution retenu (procédure Noémie).

Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires le concernant notamment (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale...).

Ce bulletin devra être retourné avec la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE ainsi que toute autre pièce mentionnée au bulletin.

Votre choix doit être renseigné sur votre bulletin individuel d'affiliation.

Le choix d'option formulé s'appliquera également à l'ensemble de vos ayants droit.

6-2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les affiliations individuelles sont souscrites par les participants pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite tacitement chaque année au 1er janvier, pour une année civile, sauf résiliation formulée par les participants dans le cadre de la résiliation annuelle à l'initiative du participant.

Les garanties prennent effet OU au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Institution ou à la date d'effet demandée si postérieure ou au plus tôt à compter de la date de son affiliation au régime socle, s'il fait la demande d'adhésion à l'option surcomplémentaire concomitamment.

6-3 CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garantie (option 1 et 2 en l'espèce), le participant peut changer de formule de garantie au 1er janvier, sous réserve qu'il en fasse la demande au moins 3 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à l'une des formules de garantie.

Lorsque le participant justifie de l'une des modifications de situation familiale suivantes dans les deux mois précédant sa demande de changement de formule de garantie : mariage, signature d'un Pacte civil de solidarité, naissance ou adoption

d'un enfant, décès du conjoint, du concubin signataire ou non d'un Pacte civil de solidarité, ou d'un enfant à charge :

- la condition de 2 années complètes d'affiliation visée ci-dessus n'est pas requise ;
- le changement intervient le 1er jour du mois suivant la demande.

Tout changement de formule de garantie concernera l'ensemble des personnes bénéficiaires (ayants droit éventuellement couverts par ailleurs par extension facultative).

Ces dispositions ne font pas obstacle à l'application du droit à la résiliation annuelle ou infra-annuelle du contrat par le participant selon les modalités définies au paragraphe suivant.

6-4 RESILIATION

6-4-1 Résiliation à l'initiative de l'Institution de Prévoyance
Les garanties cessent en cas de non-paiement dans les conditions prévues à l'article 14 ci-avant.

La résiliation des garanties ou du contrat collectif socle entraîne automatiquement la résiliation de l'option.

6-4-2 Résiliation à votre initiative

Vous pouvez demander la résiliation de l'option facultative souscrite (surcomplémentaire) :

- **Au 31 décembre, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre et d'avoir cotisé au moins un an au régime optionnel.**
- **En cours d'année, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion au régime optionnel.** Dans ce dernier cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par l'Institution.

La demande de résiliation peut se faire selon l'une des modalités prévues à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale :

- Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'espace client via le site www.ag2ramondiale.fr ;
- Soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'Institution et, disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr ;
- Soit par lettre ou tout autre support durable (notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2ramondiale.fr) ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- Soit par acte extrajudiciaire.

La durée minimale d'affiliation au régime surcomplémentaire est de deux ans, sauf modification de la situation familiale du salarié (naissance, adoption, mariage, conclusion ou dénonciation d'un pacs, divorce, décès), rupture du contrat de travail de son conjoint ou reconnaissance d'une situation de surendettement, et la résiliation doit être demandée dans les deux mois suivant l'événement.

Toute nouvelle affiliation n'est possible qu'à l'issue d'un délai de 3 années civiles suivant la dénonciation, sauf changement ultérieur de la situation de famille (naissance, adoption, mariage, conclusion ou dénonciation d'un pacs, divorce, décès) ou rupture du contrat de travail du conjoint.

En plus des cas listés ci-dessus, vous avez également la possibilité de résilier votre surcomplémentaire en cas de modification du contrat collectif obligatoire :

- si celle-ci ne laisse aucun niveau éligible en surcomplémentaire,
- ou si vous jugez celle-ci suffisante.

Dans ce cas, la résiliation prend alors effet à la date effective de la modification.

Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout participant s'il était affilié selon le type de régime prévu, dès lors qu'il peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire.

Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES

7-1 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL REMUNEREE OU INDEMNISEE

Les garanties sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu, et que vous êtes bénéficiaire :

- d'un maintien total ou partiel de salaire,
- ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur : ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...) ;
- ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Vous continuez de bénéficier des garanties au titre de la couverture surcomplémentaire à condition que vous bénéficiiez du maintien des garanties du contrat socle, pendant la suspension indemnisée et/ou rémunérée de votre contrat de travail dans le cadre des dispositions du présent article.

Les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations, qui sont intégralement dues à l'Institution.

Le cas échéant, lorsque des ayants droit étaient affiliés à titre facultatif par extension, le participant peut également maintenir pendant cette période leur couverture moyennant la poursuite du paiement des cotisations correspondantes.

7-2 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNEREE NON INDEMNISEE

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues.

Les salariés pourront toutefois, sur simple demande, demander à continuer de bénéficier, à titre facultatif et individuel, des garanties du contrat socle (et le cas échéant surcomplémentaire) dont ils bénéficiaient, pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (*part patronale et part salariale du contrat socle et intégralité de la cotisation du contrat surcomplémentaire selon l'option souscrite*).

La demande de maintien doit être effectuée au plus tard dans le mois suivant la date de début de la suspension du contrat de travail.

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement des cotisations, au plus tôt le 1^{er} jour de la suspension du contrat de travail, et s'achève dès la reprise effective du travail.

Les cotisations sont appelées sur les mêmes bases (structure et montant) que celles appliquées pour les salariés en activité, étant précisé qu'elles sont entièrement à la charge du salarié. Elles sont réglées directement par le salarié auprès de l'Institution.

Toutefois dans ce cas, la cotisation est payable mensuellement à terme échu par le participant selon les modalités fixées par l'Institution (prélèvements bancaires).

Le maintien de cette assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin du congé,
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues en cas de cessation des garanties.

Le cas échéant, lorsque les ayants droit étaient affiliés à titre facultatif par extension pour le bénéfice des garanties du contrat socle (et le cas échéant surcomplémentaire), le participant peut également maintenir pendant cette période leur couverture moyennant la poursuite du paiement des cotisations correspondantes.

Article 8 - PORTABILITE DES DROITS

8-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

En application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, vous pouvez bénéficier à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies à la présente Notice d'information, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- votre contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **à l'exception du licenciement pour faute lourde ;**
- vous devez justifier auprès de l'Institution de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- vos droits à prestations doivent avoir été ouverts chez votre dernier employeur, c'est-à-dire que vous bénéficiez, à la date de cessation de votre contrat de travail, du régime frais de santé prévu à la présente Notice d'information.

Il incombe à votre entreprise de vous informer du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

8-2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Votre affiliation est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois**.

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

En tout état de cause, votre affiliation cesse de plein droit :

- **à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;**
- **en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes de l'assurance chômage, de décès) ;**
- **en cas de manquement à votre obligation de fourniture de justificatifs visés ci-après ;**
- **en cas de suspension des garanties ou de la résiliation du contrat collectif, qu'elle qu'en soit la cause ;**
- **en cas de décès.**

8-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, vous vous engagez à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de votre prise en charge par le régime de l'assurance chômage ;
- au cours de la période de maintien des garanties, l'attestation de paiement des allocations chômage.

8-4 GARANTIES MAINTENUES

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Aussi, vous bénéficiez des garanties au titre desquelles vous étiez affilié lors de la cessation de votre contrat de travail.

En tout état de cause, toutes les modifications éventuelles, apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (évolutions des garanties du contrat notamment) intervenant durant la période de maintien de droit, vous sont opposables dans les mêmes conditions.

L'adhérent doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative. A défaut, l'adhérent adresse à l'Institution pour chaque participant concerné, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité

complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de tiers payant en cours de validité.

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus 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 du participant et sous réserve que ce dernier fournisse à l'Institution les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indument pourra être mise en œuvre.

L'employeur ou le participant s'engage par ailleurs à informer sans délai l'Institution de tout événement dont il aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des participants en activité.

Le cas échéant, lorsque les ayants droit étaient affiliés à titre facultatif par extension pour le bénéfice des garanties du contrat socle (et le cas échéant surcomplémentaire), ils bénéficient du maintien de leur couverture sans paiement des cotisations correspondantes pendant la durée de la portabilité des garanties de l'ancien salarié.

Article 9 - PROLONGATION DE GARANTIES

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture « frais de santé » est maintenue au profit des anciens participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire de la portabilité des droits.

Les anciens salariés visés par le présent article, ont le choix entre :

- D'une part, un contrat avec plusieurs choix de formules adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Evin » (contrat « d'accueil »). Ce contrat permettra également de couvrir les ayant droits de l'ancien salarié.
- D'autre part, un maintien strictement à l'identique des garanties existantes au moment de la rupture du contrat de travail – Disposition « Loi Evin ». Ainsi, les garanties facultatives ne peuvent être maintenues au titre du dispositif « Loi Evin » dès lors qu'elles n'ont pas été souscrites par l'ancien salarié lorsqu'il était actif.

Conformément à la législation en vigueur, les tarifs applicables, pour l'ancien salarié seul, en cas de maintien des garanties dans le cadre du dispositif « Loi Evin », sont plafonnés selon les modalités suivantes :

- La 1ère année, les cotisations ne peuvent être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

- La 2ème année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La 3e année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- Au-delà de la 3e année les tarifs sont libres, et seront revus en fonction des résultats techniques du contrat.

L'ancien salarié, peut couvrir, au moment de la souscription de son contrat au dispositif « Loi Evin », son conjoint et ses enfants si ceux-ci étaient couverts lorsqu'il était actif.

La demande doit être adressée par écrit à l'Institution.

Au décès du salarié (ou de l'ancien salarié bénéficiant de la portabilité des droits), ses ayants droits bénéficiaires du contrat peuvent également demander à bénéficier d'un maintien des garanties dans le cadre de ce dispositif dit « Loi EVIN ».

La demande doit être adressée par écrit à l'Institution.

Le maintien des garanties aux ayants droit d'un participant décédé dans le cadre du dispositif dit « Loi EVIN » s'effectue pendant une durée minimale de 12 mois suivant le décès.

L'adhérent doit informer l'Institution dans un délai de trente jours :

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié ou fin de la période de portabilité d'un ancien salarié, pouvant prétendre au maintien individuel des garanties,
- ou du décès d'un salarié (ou de l'ancien salarié bénéficiant de la portabilité des droits) dont les ayants droit peuvent prétendre au maintien.

L'Institution leur adressera la proposition de couverture correspondante au plus tard dans un délai de 2 mois suivant l'un des événements susmentionnés.

La demande de souscription doit être faite par les intéressés dans les six mois suivants :

- la rupture du contrat de travail du salarié ou le terme de la portabilité de l'ancien salarié
- ou le décès du salarié (ou de l'ancien salarié bénéficiant de la portabilité des droits)

Aucune formalité médicale ou délai d'attente ne sera demandé.

Les nouvelles adhésions prendront effet au plus tard au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain :

- de la rupture du contrat de travail du salarié ou du terme de la portabilité de l'ancien salarié
- ou du décès du salarié (ou de l'ancien salarié bénéficiant de la portabilité des droits)

Article 10 – AUTRES BENEFICIAIRES (AYANTS DROIT)

10-1 PRINCIPE

Le participant a la possibilité d'étendre, à titre facultatif, la

couverture dont il bénéficie au titre du contrat socle et le cas échéant au titre du contrat surcomplémentaire.

Dès lors que des ayants droit sont couverts au titre du contrat socle, ils sont automatiquement affiliés au contrat surcomplémentaire si le salarié s'affilie à ce dernier (selon l'option retenue). L'affiliation des seuls ayants droit ou de seulement certains d'entre eux n'est pas permise.

Les ayants droit affiliés bénéficient ainsi du même niveau de garantie que le participant

Les garanties prennent effet en même temps que les autres, ou au plus tard, le 1er jour du mois civil suivant la complétude du bulletin d'adhésion modificatif déclarant un nouvel ayant droit.

L'Institution se réserve le droit, à tout moment, de demander au participant de lui adresser les justificatifs de la qualité des bénéficiaires (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte VITALE, avis d'imposition).

Le salarié devra par ailleurs, s'agissant des ayants droit assurés sociaux, fournir à l'Institution la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE et, selon le cas :

- s'agissant du conjoint : la copie du livret de famille,
- s'agissant du partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) : la photocopie dudit PACS,
- s'agissant du concubin : l'attestation sur l'honneur de vie commune ainsi que les deux derniers avis d'imposition,
- s'agissant des enfants : le justificatif de scolarité ou la copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou l'attestation d'inscription auprès de l'Organisme d'état en charge de l'emploi en France comme demandeurs d'emploi,
- s'agissant des enfants handicapés ou invalides selon le cas : la photocopie de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles ou de la carte mobilité inclusion avec la mention « invalidité » ou le justificatif du versement de l'allocation d'adulte handicapé.

La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du participant.

Toutefois, les ayants droit du participant qui n'ont pas été rattachés au régime lorsque le participant y a été affilié, pourront être rattachés postérieurement au 1er janvier ou au 1er juillet de chaque année.

Cette règle ne sera pas appliquée lorsque le participant justifie de l'une des modifications de situation familiale suivante : mariage, signature d'un PACS, mise en concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire de PACS, ou d'un enfant. Dans ces situations, l'affiliation de l'ayant droit concerné sera effective au 1er jour du mois au cours duquel il acquiert cette qualité, sous réserve que le participant en effectue la demande dans les trois mois suivant l'évènement.

10-2 DEFINITION DES AYANTS DROIT

Les éventuels ayants droit affiliés via le Bulletin individuel d'affiliation, peuvent être le conjoint et les enfants à charges répondant aux définitions ci-dessous :

Le conjoint :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil.

Par enfant à charge, il faut entendre l'enfant au sens des dispositions qui suivent :

Sont réputés à charge du participant, les enfants dont la filiation avec celui-ci est légalement établie (y compris les enfants reconnus et adoptifs), ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit d'enfants du participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire ou soit soumis à l'obligation du versement d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent remplir les conditions cumulatives suivantes :

- Être âgés de moins de 18 ans ;
- Bénéficier d'un régime de Sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle).

La limite d'âge susvisée est portée à 26 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- Poursuite d'études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED ;
- Poursuite d'une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
- Recherche active d'emploi, c'est-à-dire être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- D'être employés dans un ESAT ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

La limite d'âge est supprimée en cas d'invalidité équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité".

Par ailleurs, pour bénéficier des dispositions de maintien de garantie dans le dispositif - Loi EVIN (article 8 ci-avant) sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants recueillis qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.
- Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant ou de son conjoint.

Le participant sera tenu de déclarer à l'Institution de Prévoyance, dans le mois qui suit l'évènement, toute modification de situation familiale (par exemple la naissance ou le décès d'un ayant droit). Cet évènement est susceptible d'avoir un impact sur

le montant de votre cotisation.

Tant que l'adhésion n'est pas acceptée par l'Institution de Prévoyance, l'ayant droit est qualifié de personne proposée à l'adhésion.

10-3 DUREE ET RESILIATION DE L’AFFILIATION

Les affiliations individuelles sont souscrites par les participants pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite tacitement chaque année au 1er janvier, pour une année civile, sauf résiliation formulée par les participants selon les modalités définies ci-après.

La résiliation de l'affiliation individuelle à l'initiative du participant peut être effectuée à l'échéance annuelle au moins deux mois avant la date du 1er janvier. Elle est alors notifiée à l'Institution, selon le choix du participant, en application des dispositions prévues par la loi n°2019-733 du 14.07.2019 :

- Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'espace client via le site www.ag2rlamondiale.fr ;
- Soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'Institution et, disponible sur le site www.ag2rlamondiale.fr ;
- Soit par lettre ou tout autre support durable (notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2rlamondiale.fr) ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- Soit par acte extrajudiciaire.

L'Institution accuse réception de la notification de la résiliation annuelle de l'affiliation par écrit.

10-4 RADIATION COUVERTURE AYANTS DROIT

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

L'affiliation des ayants droit cesse également :

• à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation individuelle lorsque le participant a dénoncé l'extension de la couverture du ou des ayant(s) droit dans les conditions prévues ci-dessus.

Toute nouvelle affiliation ne sera possible qu'à l'issue d'un délai de 3 années civiles après la prise d'effet de la dénonciation (et ceci au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la demande), sauf en cas de modification de la situation familiale du participant. Dans ce cas, la nouvelle affiliation prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

• au 1er jour du mois qui suit l'affiliation du ou des ayant(s) droit à une couverture complémentaire de frais de soins de santé obligatoire ;

De même, la cessation ou la suspension de la garantie frais de santé pour le participant s'applique également aux ayants droit de celui-ci.

Les garanties cessent également en cas de non-paiement dans les conditions prévues à l'article 13 ci-

après.

La résiliation des garanties ou du contrat collectif socle entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à l'extension famille.

Article 11 - TERRITORIALITE

Salariés

Les garanties sont acquises aux participants (et ses éventuels ayants droit) exerçant leur activité sur le territoire de la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Le salarié (et ses éventuels ayants droit) bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

hors de ce territoire lorsqu'il bénéficie d'une prise en charge de la Sécurité sociale :

- lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
- ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L. 761-1 et L. 761-2 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties prévues par le contrat d'adhésion ne sont acquises qu'aux participants, et, le cas échéant, à leurs ayants droit couverts par le contrat d'adhésion, affiliés à un organisme d'Assurance maladie français.

Les soins effectués à l'étranger peuvent être remboursés sous réserve de respecter les trois conditions cumulatives suivantes :

- Survenir dans l'une des situations définies ci-dessus,
- Avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- Avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée, sauf dans le cas particulier du détachement du participant, pour les soins effectués dans le pays concerné.

Anciens salariés

Les participants bénéficient des prestations dès lors qu'ils relèvent du régime de Sécurité sociale français.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat frais de santé seront notifiés au domicile du participant figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, vous devez informer l'Institution de Prévoyance par lettre recommandée, recommandé électronique ou directement via votre espace client digital, de votre changement d'adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à votre dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Il en est de même pour tout ancien salarié bénéficiaire de la portabilité.

Les soins effectués à l'étranger peuvent être remboursés sous réserve d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale.

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents).

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne rentrant pas dans le cadre légal effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

Les remboursements de ces soins sont établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale et ils sont effectués en euros, dans la limite des garanties.

Les soins médicaux pratiqués à l'étranger sont remboursés comme ceux des médecins non signataires OPTAM/OPTAM ACO.

TITRE 2 : COTISATIONS

Article 12 – ASSIETTE ET MONTANT

Les garanties sont accordées moyennant le paiement des cotisations.

La cotisation est déterminée en fonction :

1° Du niveau de couverture choisi par votre entreprise au titre du contrat socle à adhésion obligatoire.

2° Le cas échéant, de l'amélioration du niveau de couverture auquel vous avez éventuellement choisi de souscrire au titre de la surcomplémentaire.

3° De la situation de famille du salarié :

- Isolé (salarié)
- Conjoint
- Enfant (avec gratuité de cotisation à compter du 3ème enfant)

La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice en cours ; celle-ci augmentera chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'Institution de Prévoyance.

Article 13 - MODALITES DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables :

- **Dans le cadre du contrat socle à adhésion obligatoire par l'entreprise.** L'entreprise est la seule responsable du paiement des cotisations dues au titre de la couverture du participant (et de ses ayants droit si couverture obligatoire). À ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Les cotisations doivent être versées à l'Institution dans le premier mois de chaque trimestre civil, pour le trimestre écoulé.

- **Dans le cadre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative** par le participant dans les conditions définies dans le formulaire individuel d'affiliation. Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations. Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire.

Les cotisations des ayants droit couverts à titre facultatif par extension du régime socle et le cas échéant surcomplémentaire, sont réglées par le participant selon les mêmes modalités que celles relatives à la cotisation du

participant dans le cadre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative. Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations.

En cas d'affiliation ou de radiation en cours de mois, la cotisation est proratisée.

Particularité des guides et des accompagnateurs :

Dès lors que le guide ou l'accompagnateur adhère au régime socle, il s'engage sur une adhésion de 12 mois et acquitte directement auprès de l'Institution, mensuellement et en totalité la cotisation globale finançant le régime (équivalent à la part patronale et salariale) et ceci pendant la durée de son adhésion.

Article 14 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'Institution adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception au participant détaillant les conséquences du non-paiement, à savoir son exclusion du contrat.

Si 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure la cotisation n'est toujours pas payée, l'Institution informe le participant de la cessation automatique de son adhésion au contrat et de celle de ses éventuels bénéficiaires, et ce, conformément aux dispositions de l'article L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Le participant est responsable du paiement des cotisations. En toute hypothèse, les éventuels frais d'impayés pourront être imputés au participant.

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 15 - FAIT GENERATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet du contrat et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé).

Article 16 - INDUS

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort. A titre d'exemple, lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude, qu'ils aient été perçus directement par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

En cas de paiement indu effectué par l'Institution de Prévoyance au professionnel de santé, l'Institution de Prévoyance pourra également agir auprès de celui-ci afin d'obtenir le remboursement.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

Article 17 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau des garanties qui complète cette notice.

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile, sauf pour les lunettes ou sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Nos remboursements, ajoutés à ceux dont le participant ou sa famille a bénéficié de la part de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Les garanties de même nature que le participant a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

En aucun cas l'Institution de Prévoyance ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne

faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Article 18 - DETAILS DES PRESTATIONS

18-1 JUSTIFICATIFS

Les justificatifs exigés sont détaillés dans le tableau « Pièces à fournir » figurant à la fin de la présente notice d'information.

En tout état de cause, l'Institution pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

18-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8 ou de tout autre dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, tels que l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM), en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM)).

18-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, dès lors qu'il y a eu une prise en charge par la Sécurité sociale et déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat.

18-4 DETAILS

18-4 A - SOINS COURANTS

HONORAIRES MEDICAUX

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin spécialiste ayant signé le contrat sur le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé).

MATERIEL MEDICAL

Grand appareillage : Il s'agit par exemple de fauteuils roulants, de lits médicalisés etc...

Petit appareillage : Il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires etc...

Dans les deux cas, la prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

SEANCES DE PSYCHOLOGIE

Les séances de psychologie, prises en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « *Mon Soutien Psy* », font l'objet d'un remboursement complémentaire au titre de la présente notice conformément aux dispositions légales.

Les séances d'accompagnement sont prises en charge dans la limite d'un nombre de séances par an définies réglementairement (article R.162-65 du code de la Sécurité sociale).

SÉANCES DE PROFESSIONNELS NON REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties (Kit confort), **seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées.**

Seules pourront faire l'objet d'un remboursement les séances de professionnels listés dans le tableau de garanties.

Ces séances seront prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées ci-avant.

Un numéro ADELI ou RPPS est également obligatoire pour obtenir un remboursement sauf pour les étioopathes et acupuncteurs.

18-4 B - HOSPITALISATION

L'hospitalisation se conçoit aussi bien en milieu hospitalier qu'à domicile.

Dans les deux cas, il est nécessaire de nous adresser une facture détaillée et acquittée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit, en outre, donner lieu à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

HONORAIRES

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire de nous adresser le reçu d'honoraires du praticien.

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence.

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100% de la BR moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

FORFAIT PATIENT URGENCES

Il s'agit de la participation aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS

La participation forfaitaire (qui s'applique aux actes et frais dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60) est prise en charge par le contrat.

CHAMBRE PARTICULIERE

Si la prestation est prévue au tableau de garantie, il s'agit d'un forfait qui s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

18-4 C - OPTIQUE

Lors de chaque achat d'équipement, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 19-1),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties.

Equipement de classe B : Les prestations de ce poste s'expriment en forfait en euros par équipement (monture et verres).

Le remboursement Sécurité sociale est à déduire de la base de remboursement Sécurité sociale ou du forfait en euros figurant sur le tableau de garanties.

Les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire (ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans).

Cette période de 2 ans (ou d'un an) s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Pour les adultes de 16 ans et plus, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien adaptant la prescription médicale initiale.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Institution de Prévoyance.

En tout état de cause, la justification d'une évolution de la vue se fonde conformément aux conditions de renouvellements précisées sur l'arrêté du 3 décembre 2018 article VIII.2. – Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique.

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

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période de 6 mois, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible sans délai, sur présentation d'une prescription médicale portant la mention de l'existence d'une situation médicale particulière, dans les situations médicales suivantes : troubles de réfraction associés à une pathologie générale ou ophtalmologique ou encore associés à la prise de médicaments au long cours (cas listés dans l'arrêté du 3 décembre 2018 tels que glaucome, DMLA, greffe de cornée datant de moins d'un an, cancers primitifs de l'œil...).

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».

Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

Il existe trois types de corrections :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est

positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe
- ou d'un verre simple et d'un verre très complexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre très complexe.

LENTILLES REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE

La prestation lentille est prise en charge dans la **limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire.**

Les produits d'entretien ne sont pas pris en charge sauf mention contraire figurant dans le barème de garantie.

CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle s'entend par œil et par année civile.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes techniques qui permettent de corriger les troubles de la vue comme la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie, dans la limite d'un forfait par année civile et par bénéficiaire.

Elle comprend les interventions qui ont pour objet de corriger l'amétropie, à l'aide d'un appareil ou dispositif médical, tel que le laser, ou l'implant (lentilles intraoculaires), ou d'instruments chirurgicaux.

L'opération de la cataracte ne sera pas prise en compte dans le cadre de la chirurgie réfractive de l'œil mais dans le cadre des actes de chirurgie classique.

18-4 D DENTAIRE

Lors de la réalisation de travaux dentaires, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 19-2),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties (panier « modéré » et panier « libre »).

IMPLANTOLOGIE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Elle concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (faux moignons, scanner en 3D, frais de salle, pilier implantaire) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

18-4 E AIDES AUDITIVES

Lors de chaque achat d'équipement, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 19-3),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties.

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.

Cette période de 4 ans s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Le délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

18-4 F PREVENTION

ACTES DE PREVENTION

Votre contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins :

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans.
2. Un détartrage annuel complet.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
7. Les vaccinations suivantes :
 - a) DTP : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Article 19 – PANIERS 100% SANTÉ

19-1 OPTIQUE

Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A) :

La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels sous déduction des prestations Régime Obligatoire, limitée au Prix Limite de Vente (PLV) auquel l'opticien est astreint.

Sont également remboursés selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage, pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).

Pour les équipements « hors 100% Santé » (dits de Classe B) :

Pour les verres : à hauteur de la garantie contractuelle dans les limites prévues par le tableau ci-dessous (incluant la part prise en charge par Régime Obligatoire), si le contrat prévoit une couverture au-delà du 100% santé.

Pour la monture : à hauteur de la garantie contractuelle, dans la **limite de 100 €** (incluant la part prise en charge par Régime Obligatoire),

Pour la Prestation d'adaptation visuelle : remboursement à hauteur du Ticket modérateur.

Quel que soit le panier choisi, le remboursement de la monture est toujours **limité à 100 €** (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (équipement dans le dispositif « 100% Santé » pour la monture et verres « hors 100% Santé » ou inversement) le plafond appliqué est celui applicable au dispositif « hors 100% Santé » indiqué dans le tableau ci-dessous, **dans la limite des Prix limite de vente pour la partie de l'équipement relevant du « 100% Santé » et de 100 € pour la monture.**

Il est impossible de cumuler le forfait prévu pour un équipement à prise en charge libre et le remboursement d'un équipement 100% Santé.

19-2 DENTAIRE

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé », sont pris en charge à 100% des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, **limité aux Honoraires limites de facturation (HLF).**

Il s'agit de certaines prothèses dentaires définies réglementairement (arrêté du 24/05/2019 paru au Journal officiel du 30/05/2019), en fonction de la localisation de la dent, du matériau utilisé et du type de prothèses dentaires. Cela concerne, les couronnes céramiques monolithiques (CCM) sans zircone et céramo-métalliques sur dent visible

(incisive, canine et 1^{re} prémolaire), CCM zircone (incisive, canine et prémolaire), couronnes métalliques toutes localisations, les inlays-core et couronnes transitoires, les bridges céramo-métalliques (incisives et canines), les bridges full zircone et métalliques toutes localisations (codes CCAM : HBLD680, HBLD634, HBLD350, HBLD038, HBLD090, HBLD490, HBLD785, HBLD033), les prothèses amovibles à base de résine, ainsi que certaines couronnes dentaires provisoires.

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif maîtrisé » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle **limitée à l'Honoraire limite de facturation (HLF) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.**

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle sans limitation.

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif maîtrisé » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle **limitée à l'Honoraire limite de facturation (HLF) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.**

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle sans limitation.

19-3 AIDES AUDITIVES

Les Garanties s'appliquent aux Aides auditives prises en charge par le régime Obligatoire.

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé » sont pris en charge à 100 % des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, **limité aux Prix limites de vente (PLV).**

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à minima à hauteur du Ticket modérateur.

Dans le cas où le contrat prévoit une couverture au-delà du Ticket modérateur et du « 100% Santé », le remboursement s'effectue à hauteur de la garantie contractuelle, **dans la limite de 1 700 euros par oreille** (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Article 20 - DELAIS ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du participant (ou celui d'un autre bénéficiaire le cas échéant).

A cet effet, un relevé d'identité bancaire devra être remis avec chaque document d'affiliation. Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par l'Institution, les prestations sont réglées dans un délai maximum de vingt jours et hors délai bancaire.

Le règlement des prestations peut s'effectuer via ou hors Noémie.

Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitement automatique des remboursements mise en place entre les organismes de base de la Sécurité sociale et l'Institution.

Il appartient au participant de demander à bénéficier de ce service auprès de la Sécurité sociale.

Elle autorise l'Institution à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent ainsi obtenir un remboursement sans démarche complémentaire auprès de l'Institution dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Hors NOEMIE

Les demandes de remboursement sont adressées par le bénéficiaire à l'Institution.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base de Sécurité sociale :

- les décomptes de règlement de la Sécurité sociale pour les actes remboursés par le régime obligatoire,
- les décomptes de règlement de l'intervention d'un autre organisme complémentaire le cas échéant,
- une attestation de radiation ou de non prise en charge pour les décomptes de règlement faisant référence à la télétransmission vers un autre organisme complémentaire, et dans tous les cas tout justificatif ou facture permettant son traitement :
- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Chiropractie / Diététique/ Ostéopathie / Pédicurie/ Podologie, la note d'honoraire du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'Institution auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de

procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur les factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

L'Institution se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées (y compris en cas de versement à tort par la Sécurité sociale, l'assuré ne pouvant pas se prévaloir d'une erreur de la Sécurité sociale pour justifier le bénéfice d'une prestation complémentaire).

Prise en charge hospitalière :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'Institution délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant des frais annexes à l'hospitalisation, si prévus au contrat) normalement laissés à la charge du bénéficiaire dans les limites de garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, l'Institution délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, le bénéficiaire est tenu de fournir à l'Institution les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

Limite des remboursements

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

En toutes hypothèses, la participation de l'Institution ne peut en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge du bénéficiaire après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels autres contrats complémentaires de frais de soins de santé. Le respect des règles de prises en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire de frais de soins de santé et au titre du régime détaillé (au titre du contrat socle et le cas échéant surcomplémentaire).

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette limite par année civile sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Pour les prestations exprimées en forfait annuel, le forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre ou d'un bénéficiaire à l'autre.

Tiers payant :

Il est remis au participant bénéficiant du contrat 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 peut être remise de façon dématérialisée.

Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de l'Institution. Le participant s'engage en toute hypothèse à ne plus utiliser la carte de Tiers Payant, qu'elle ait été remise en format papier ou de façon dématérialisée, à compter de la date de cessation des garanties. Toute somme payée par l'Institution, relative à des soins postérieurs à la cessation des garanties, devra être restituée par le participant.

L'adhérent s'engage, si la carte de Tiers Payant est en cours de validité et qu'elle a fait l'objet d'une remise en format papier, à la récupérer auprès du participant et à en assurer la restitution à l'Institution dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

Pour la période de maintien / poursuite des droits après rupture du contrat de travail (notamment au titre de la portabilité) selon les dispositions prévues au contrat, une nouvelle carte de Tiers Payant sera délivrée.

En cas de cessation anticipée de la période de maintien des droits au titre de la portabilité, le participant bénéficiaire de la portabilité s'engage, si une carte de tiers payant a été remise au format papier, à la restituer à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant cette cessation anticipée.

Echanges dématérialisés :

a) Définition

La dématérialisation des échanges entre l'Institution et l'adhérent ou le participant est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir de « l'Espace Client » de l'adhérent et le participant (Espace Client Entreprise ou Espace Client Salarié) qui est un espace en ligne sécurisé accessible depuis le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

- et/ou à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par l'adhérent ou le participant (ou renseignée par l'adhérent ou le participant sur l'Espace Client le cas échéant).

Il appartient à l'adhérent ou le participant d'aviser immédiatement l'Institution de tout changement d'adresse électronique.

b) Mise en œuvre et vérifications par l'Institution

Lorsque l'Institution souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué au paragraphe a) ci-dessus, elle vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation de l'adhérent ou le participant.

L'Institution vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par l'adhérent ou le participant, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant à l'adhérent ou au participant de se connecter à son Espace Client.

La vérification par l'Institution du caractère adapté s'effectue annuellement.

c) Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par l'Institution

Après les vérifications mentionnées au b) ci-dessus, l'Institution peut mettre à disposition ou fournir à l'adhérent ou le participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

L'adhérent et le participant déclarent et reconnaissent en outre que tout écrit qui leur sera transmis par l'Institution sur support électronique sur le site internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'Institution.

L'adhérent et le participant pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisés que ceux mis à disposition sur l'Espace Client de l'adhérent ou le participant seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

L'adhérent et le participant peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué au paragraphe a) ci-dessus n'est pas adapté à la situation de l'adhérent ou le participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'Institution sous format papier.

d) Droit d'opposition de l'adhérent et du participant

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, l'adhérent et le participant ont la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur l'Espace Client, soit par courrier adressé au siège social de l'Institution (AG2R Prévoyance, 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris).

ESPACE CLIENT DE L'ADHERENT

Chaque entreprise adhérente éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet d'AG2R LA MONDIALE (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) auquel elle accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux indications mentionnées dans le contrat.

Cet Espace client lui donne accès à des renseignements et documents dématérialisés relatifs au contrat, lui permettant notamment :

- d'affilier des salariés,
- de radier des anciens salariés,
- de consulter la liste des salariés couverts par le contrat,
- de suivre les demandes d'affiliation et de radiation en ligne,
- de demander la résiliation du contrat.

ESPACE CLIENT DE L'ADHERENT ET DU PARTICIPANT

Chaque participant éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet d'AG2R LA MONDIALE (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) auquel il accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux indications mentionnées dans la notice d'information du

contrat. Cet Espace client lui donne accès à des renseignements et documents dématérialisés relatifs à son adhésion au contrat, lui permettant notamment :

- de visualiser un extrait des garanties du contrat ;
- d'affilier ses ayants droit lorsque le régime prévoit la couverture des ayants droit ;
- de consulter et télécharger la carte de tiers-payant ;
- d'envoyer des devis et demandes de remboursement de soins.

Article 21 - CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations de l'Institution au titre du contrat socle de base sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable » et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ».

Il prévoit des obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge au titre du contrat socle de base portent sur :

- **l'intégralité de la participation des participants définie à l'article R. 322-1 du code de la Sécurité sociale ;**
- **les dépassements tarifaires des médecins dans certaines conditions ;**
- **les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;**
- **le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;**
- **l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le « 100% Santé » ;**
- **les frais occasionnés par un passage non programmé dans un service d'urgences (établissements hospitalier), sauf si celui-ci est suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.**

A l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement au titre du contrat socle de base :

- **la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale,**
- **la franchise annuelle prévue à l'article L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),**
- **la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable (soit à titre indicatif au minimum 8 euros),**
- **la majoration de la participation supportée par le participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,**
- **la part de minoration prévue à l'article L. 322-5 du code de la Sécurité sociale (non prise en charge du**

coefficient de minoration) résultant du refus par l'assuré d'utiliser un transport partagé ;

- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

De plus, l'Institution s'engage à permettre aux participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville et plus largement sur l'ensemble des prestations issues du panier de soins 100% santé, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

Article 22 - EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par l'Institution :

- les actes référencés ou non par la Sécurité sociale, et non remboursés par cet organisme sauf mention contraire au tableau des garanties et renvois associés dans la limite des montants exprimés,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires,
- les soins déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués,
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'Institution, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement,
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),
- les frais de soins qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
- les frais de soins qui sont les conséquences d'émeutes ou mouvements populaires à caractère

violent, dans lesquels les bénéficiaires du contrat ont pris une part active (sauf cas de légitime défense, d'aide à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel) ;

- les frais de soins qui sont les conséquences d'attentats ou d'actes de terrorisme dans lesquels les bénéficiaires sont impliqués en qualité d'auteur ou de complice.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation, sont exclus (sauf dispositions contraires prévues au tableau de garanties) :

- les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie, les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier ;
- les frais d'hébergement résultant d'une admission en unité de soins de longue durée (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées (de type EHPAD) ;
- le forfait journalier résultant d'une admission dans un établissement médico-social, à l'exception des Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) où le forfait journalier sera pris en charge sans limitation de durée.

En outre, d'une manière générale, ne sont pas pris en charge les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration des Conditions Générales s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

Le fait que l'Institution 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.

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 23 – DEFINITIONS

Contrat socle de base : C'est le contrat collectif complémentaire à adhésion obligatoire qui intervient immédiatement après la Sécurité sociale et avant la surcomplémentaire.

Le contrat socle se compose de 3 niveaux de couverture au choix de l'entrepreneur.

Surcomplémentaire : La surcomplémentaire ou option à adhésion facultative prévoit la faculté pour le salarié d'améliorer les garanties et celles de ses ayants droit.

Les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent sous déduction des remboursements opérés par le régime d'assurance maladie obligatoire et le contrat d'assurance maladie complémentaire (contrat socle de base), **dans la limite des frais réels.**

Les garanties au titre de la surcomplémentaire ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif des contrats responsables.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Bénéficiaire et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Base de Remboursement (BR) : équivalent de l'ancien Tarif de Convention auquel il se substitue progressivement dans le cadre de la mise en œuvre de la Codification Commune des Actes Médicaux (CCAM) par l'Assurance maladie. C'est le tarif à partir duquel est calculé le remboursement du régime obligatoire.

Hospitalisation : période correspondant au séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement hospitalier possédant les autorisations administratives nécessaires à la pratique des soins médicaux ou chirurgicaux.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Parcours de soins : Obligation pour tout assuré de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants sauf :

- en cas d'urgence,
- d'éloignement du domicile,
- ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé :
 - ophtalmologue,
 - gynécologue,
 - stomatologue,
 - psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans.

Le non-respect du parcours de soins engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'Institution de prévoyance.

Plafond annuel de la Sécurité sociale : Plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1^{er} janvier. Il est

utilisé pour :

- le calcul du montant des cotisations,
- certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Régime obligatoire : régime légal français de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire.

Ticket modérateur (TM) : c'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de deux euros ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire de deux euros, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Article 24 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (date des soins).

Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si l'action du Bénéficiaire contre l'Institution 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 le Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressée par l'Institution de Prévoyance à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Institution de Prévoyance, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit :

- De la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer.
- De la demande en justice même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- De la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.
- De l'acte d'exécution forcée.
- De l'interpellation faite dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L 100 du code des postes et communications électroniques.

Article 25 - CONTROLES

L'Institution se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

Lors du contrôle médical, l'intéressé a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Avant ou après le paiement des prestations, afin d'éclairer sa décision, l'Institution peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de l'Institution.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), l'intéressé devra restituer à l'Institution l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre la personne contrôlée et l'Institution, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal territorialement compétent en la matière saisi par la partie la plus diligente. L'Institution et la personne contrôlée supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour l'Institution et la personne contrôlée.

Article 26 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS

En cas d'accident, l'Institution de Prévoyance est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un participant, à un ayant droit ou à un professionnel de santé.

En cas de sinistre, lorsque le fait générateur est un accident ou un fait volontaire imputable à un tiers, vous êtes **tenu d'en informer immédiatement l'Institution**.

En effet, dans le cas de la présence d'un tiers responsable, l'Institution doit pouvoir se retourner vers l'assureur du tiers responsable (recours subrogatoire).

Si vous privez l'Institution de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, vous **perdez le droit au versement des prestations correspondantes**.

Article 27 - CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PREVOYANCE

L'Institution de Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 28 - FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par son conseil que par le participant servent de base à la garantie. À ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi l'Institution de Prévoyance se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution de Prévoyance pourra demander l'annulation du contrat. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution de Prévoyance.

En cas de fausse déclaration, même en cours d'exécution du contrat, en cas de fraude ou de tentative de fraude, l'Institution de Prévoyance n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Article 29 - RENSEIGNEMENTS - RECLAMATIONS - MEDIATIONS

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) :

- Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22,
- Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00.

Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'Institution) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat [le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s) droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser :

- Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ;
- Via l'espace client ;
- Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX
- Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :
 - 09 72 67 22 22 pour les entreprises,
 - 09 69 32 20 00 pour les particuliers.

Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

L'Institution s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Institution, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> ;
- Par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale, 10, Rue Cambacérés, 75008 Paris
Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'Institution.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

Article 30 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par AG2R Prévoyance, membre d'AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de

l'exécution du contrat, ainsi l'Institution utilise :

- Des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;

- Des coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'Institution en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts 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 mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*) ;

- 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.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'Institution, notamment :

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

Profilage et décision automatisée

L'Institution peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé 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. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données d'AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. ».

Caractère obligatoire de la fourniture des données et conséquences éventuelles de la non-fourniture de ces données

Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas à l'Institution de les mettre en œuvre.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'adhérente et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Durées de conservation

Les données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescriptions légales en vigueur. A l'issue de ces délais, ses données seront purgées.

Ainsi, les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire.

Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme de son contrat.

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres d'AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

La liste de ces destinataires est à disposition à l'adresse suivante : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

Eventuels transferts de données vers un pays hors de l'Union européenne

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Dans un tel cas, AG2R LA MONDIALE s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union Européenne présente bien des garanties appropriées pour assurer une protection des données équivalentes à celle prévue au sein de l'Union Européenne.

Notamment, figurent parmi ces garanties, les clauses contractuelles types, qui sont des modèles de clauses adoptées par la Commission européenne ou par les autorités de contrôle.

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données d'AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. ».

Droits de la personne concernée et modalités d'exercice de ces droits

Le bénéficiaire peut demander l'accès aux données le concernant et leur rectification. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de son traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

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

L'Institution apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

L'institution informe de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'Institution :
<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

Article 31 – COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article 1366 du Code civil, les courriels et les documents électroniques que vous échangez avec l'Institution sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations.

ANNEXE - TABLEAUX DE GARANTIES

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-ACO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixées selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité 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 soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

(TM = BR – RSS)

TABLEAU DE GARANTIES - NIVEAU 1

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		280% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	280% BR 200% BR	Néant 200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		1,5% PMSS/jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		1% PMSS/jour	

TRANSPORT		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Transport remboursé SS	100% BR	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	120% BR 100% BR	Néant 100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR	Néant 150% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR	Néant 150% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	120% BR 100% BR	Néant 100% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		110 % BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		110 % BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		110 % BR	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :			
► remboursés SS		100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :			
► remboursée SS		100 % BR	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) :		125 % BR 165 % BR	
- Petit appareillage		125 % BR	
- Grand appareillage		165 % BR	

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	
AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100% BR + 360€ par oreille (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR + 300€ par oreille (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Prothèses		
▶ Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	100% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	195% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	195% BR dans la limite des HLF	
▶ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100 % BR	
Inlay core	195% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	195% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	225% BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire 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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100€	

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTION NE	NON CONVENTIONNE
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
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	100% BR dans la limite des PLV	
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 B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 100€ par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 100€ par année civile et par bénéficiaire	

(*) Equipements 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

(***) Equipements 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.

GRILLE OPTIQUE « verres de classe B »

VERRES UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	60 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	100 €	80 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	60 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	100 €	80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	100 €	80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	100 €	80 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	100 €	80 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	120 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	100 €	80 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	120 €	100 €
		SPH > 0 et S > + 8	120 €	100 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	120 €	100 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Garantie Assistance	
Assistance	Protocole 921780

TABLEAU DES GARANTIES – NIVEAU 2

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS <small>EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE</small>		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		380% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	380% BR 200% BR	Néant 200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		2% PMSS/jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		1% PMSS/jour	

TRANSPORT			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Transport remboursé SS		100% BR	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	160% BR 140% BR	Néant 140% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 180% BR	Néant 180% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 180% BR	Néant 180% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	160% BR 140% BR	Néant 140% BR
▶ non remboursés SS			
Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie, Podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		30€ par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire, pour l'ensemble des spécialités	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		200% BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		200% BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		200% BR	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :			
▶ remboursés SS		100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) :			
▶ remboursée SS		100% BR	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) : - Petit appareillage - Grand appareillage		180% BR 220% BR	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		100% BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100% BR + 700€ par oreille (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR + 300€ par oreille (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	200% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	300% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	200% BR	
Inlay core	300% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	200% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	300% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 300€ par année civile et par bénéficiaire	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire 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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTION NE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
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	100% BR dans la limite des PLV	
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 B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 150€ par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 150€ par année civile et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 150€ par œil, par année civile et par bénéficiaire	

(*) Equipements 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en

présence de variation de la vision de loin ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

(***) Equipements 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.

GRILLE OPTIQUE « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	90 €	75 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	125 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	125 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150 €	125 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	125 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	150 €	125 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €	125 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150 €	125 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	200 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	200 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	200 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Garantie Assistance	
Assistance	Protocole 921780

TABLEAU DES GARANTIES – NIVEAU 3

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS <small>EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE</small>		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		480% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	480% BR 200% BR	Néant 200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		2,5% PMSS/jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		1,5% PMSS/jour	

TRANSPORT			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Transport remboursé SS		100% BR	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	250% BR 200% BR	Néant 200% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	Néant 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	Néant 200% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	Néant 200% BR
▶ non remboursés SS			
Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie, Podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		45€ par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire, pour l'ensemble des spécialités	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		260% BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		260% BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		260% BR	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :			
▶ remboursés SS		100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) :			
▶ remboursée SS		100% BR	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) :			
- Petit appareillage		260% BR	
- Grand appareillage		300% BR	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		100% BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100% BR + 1000€ par oreille (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR + 300€ par oreille (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	300% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	400% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	300% BR	
Inlay core	400% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	270% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	400% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 600€ par année civile et par bénéficiaire	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTION NE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire 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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
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	100% BR dans la limite des PLV	
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 B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 250€ par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 250€ par année civile et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 250€ par œil, par année civile et par bénéficiaire	

(*) Equipements 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

(***) Equipements 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.

GRILLE OPTIQUE « verres de classe B »

VERRES UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	140€	115 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	200 €	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	140 €	115 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	140 €	115 €
		SPH > 0 et S > + 6	200 €	175 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	200 €	175 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	200 €	175 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	200 €	175 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	200 €	175 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	175 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	300 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Garantie Assistance	
Assistance	Protocole 921780

