



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Être à vos côtés



**Carnet de
bienvenue**

Bienvenue chez AG2R LA MONDIALE

Votre entreprise a souscrit un contrat collectif en santé auprès de notre Groupe et nous sommes heureux de vous compter parmi nos assurés.

En tant que nouvel assuré, vous bénéficiez d'une complémentaire santé de qualité pour améliorer les remboursements de vos dépenses de santé. Vous avez également accès à de nombreux services.

Afin de vous accompagner dans vos démarches santé au quotidien, nous avons conçu ce **Carnet de bienvenue dédié à la gestion de votre contrat santé.**

Espace client, fonctionnement de vos remboursements, présentation de nos réseaux partenaires Itelis, vous découvrirez chapitre par chapitre, toutes les réponses aux questions que vous pouvez vous poser.

Nous vous souhaitons une bonne découverte.

Vos contacts

Vous accueillir et vous faciliter l'accès à nos services

**Une démarche à effectuer ?
Une question concernant
votre dossier ? Nos conseillers
sont à votre écoute.**

Par courrier

Toute correspondance doit être envoyée à votre Centre de gestion AG2R LA MONDIALE. L'adresse figure sur votre carte de tiers payant.

Par téléphone

Pour toute question relative à votre contrat santé, veuillez composer le :

0 969 322 000 Service gratuit + prix appel

Par Internet

À partir de votre espace client :
www.ag2rlamondiale.fr



Sommaire

01	Vos espaces connectés personnels	7
02	Vos services	13
03	Les « packs en option »	19
04	Comprendre la santé	23
05	Votre contrat au quotidien	29
06	L'action sociale	35
07	Lexique	39

01

Vos espaces connectés personnels

Votre espace client 8

Votre application mobile : Côté santé 10

01. Vos espaces connectés personnels

Votre espace client

AG2R LA MONDIALE vous propose un espace dédié et sécurisé pour vous accompagner dans vos démarches et suivre les remboursements de vos frais de santé.



Tous vos services et démarches à votre disposition

Les essentiels de vos contrats	Vos remboursements
Consulter le descriptif de vos garanties	Consulter vos remboursements
Comprendre vos garanties à l'aide d'exemples de remboursement	Envoyer vos demandes de remboursement
Télécharger votre carte de tiers payant	Envoyer vos devis
Visualiser votre contrat et vos bénéficiaires	Visualiser vos garanties plafonnées

Vos démarches	Vos services
Choisir l'option sur-complémentaire (si prévue dans votre contrat)	Retrouver les professionnels de santé conventionnés proches de chez vous
Affilier ou radier un bénéficiaires	Bénéficier de la téléconsultation médicale
Modifier vos coordonnées bancaires	
Demander la portabilité	
Justifier un enfant à charge	

Votre espace client est en constante évolution pour vous proposer des nouveaux services, connectez-vous régulièrement pour les découvrir !

Sécurisé

Un espace privé et sécurisé pour effectuer vos démarches en ligne.

Utile

Une ressource indispensable pour consulter vos données, vos actualités et gérer votre contrat santé en toute autonomie.

Simple

Une interface claire et intuitive pour tout comprendre.

Multi support

Un affichage sur ordinateur, tablette et smartphone pour s'adapter à votre situation.

Comment accéder à votre espace client ?

Pour vous inscrire sur votre espace client et profiter de tous les services offerts, connectez-vous sur le site internet :

www.ag2rlamondiale.fr



- 1 Cliquez sur « Espace client ».
- 2 Puis « S'inscrire », sélectionnez votre profil et complétez vos données.
- 3 Saisissez le numéro de contrat figurant sur votre carte de tiers payant ou votre certificat d'adhésion.
- 4 Cliquez sur le lien présent dans l'email d'activation que vous recevrez à l'issue de votre inscription (vérifiez que celui-ci n'arrive pas dans vos courriers indésirables).



Pratique

Privilégiez votre espace client pour effectuer vos demandes de remboursement, vous bénéficierez de délais de traitement optimisés.

Indispensable

Recevoir vos notifications par mail et consulter vos remboursements en ligne participent au développement durable en économisant du papier et vous fait gagner du temps.



01. Vos espaces connectés personnels

Votre application mobile : Côté santé

Pas toujours facile de voir clair dans vos dépenses de santé !

Entre la Sécurité sociale, la mutuelle et votre reste à charge, le suivi de vos remboursements peut parfois être compliqué.

Retrouvez en une seule et même application toutes ces informations. Vous pouvez même ajouter les membres de votre famille pour suivre votre budget santé global.

Côté santé, c'est aussi de nombreux services utiles et pratiques

- Consultez et téléchargez votre carte de tiers payant.
- Suivez et gérez vos dépenses de santé (remboursements de la Sécurité sociale, mutuelle et reste à charge).
- Bénéficiez d'autres nouveaux services utiles et pratiques.
- Envoyez vos factures pour être remboursé plus rapidement.
- Demandez l'analyse d'un devis.



Pour en bénéficier, c'est très simple !

Créez dans un premier temps votre espace client, puis :

Étape 1

Téléchargez gratuitement Côté santé sur :

ou

Étape 2

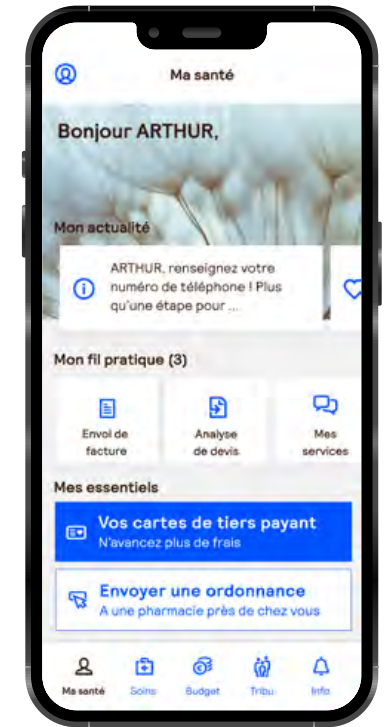
Saisissez votre identifiant et mot de passe (les mêmes que pour votre espace client AG2R LA MONDIALE).

Étape 3

Suivez immédiatement vos remboursements santé.

Étape 4

Vous pourrez ajouter autant de comptes santé que vous voudrez (Sécurité sociale ou autres mutuelles).



Dès qu'une action est réalisée sur l'application Côté santé, elle est notifiée sur le fil d'informations.

Vous êtes alors au courant en temps réel des mouvements sur vos comptes et ceux de votre famille.



02

Vos services

Inclus dans votre offre santé

Le tiers payant 14

La géolocalisation des professionnels de santé 17

Les réseaux partenaires Itelis : des soins de qualité au meilleur prix 17

02. Vos services

Inclus dans votre offre santé

Le tiers payant

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition une carte de tiers payant qui vous permet de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès de professionnels de santé tels que les établissements hospitaliers conventionnés, les pharmacies, les radiologues, les laboratoires d'analyses... Votre carte de tiers payant est strictement personnelle et atteste à tout moment de votre appartenance à AG2R LA MONDIALE.



Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'éviter l'avance de frais, particulièrement pour les dépenses courantes ou certaines dépenses élevées, notamment l'hospitalisation, l'optique et le dentaire.

Comment fonctionne le tiers payant ?

Chez le pharmacien

Pour bénéficier du tiers payant sur les frais engagés, présentez à votre pharmacien :

- la carte Vitale ou son attestation qui permet la prise en charge de frais concernant le régime de base de la Sécurité sociale,
- la carte de tiers payant qui permet la prise en charge du Ticket Modérateur (TM).

Le tiers payant est possible avec toutes les pharmacies de l'ensemble des départements français.

À l'hôpital

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R LA MONDIALE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à votre charge (forfait hospitalier 20 €/jour).

L'établissement hospitalier ou vous-même devrez fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue :

- n° de Sécurité sociale de l'assuré principal,
- nom et prénom du bénéficiaire des soins,
- n° de Sécurité sociale du bénéficiaire des soins (s'il est différent de celui de l'assuré principal),
- date exacte d'entrée,
- adresse ou fax de l'établissement.

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte de tiers payant.

Chez l'opticien

Vous présentez votre carte de tiers payant à l'opticien qui s'adresse

directement au centre de gestion AG2R LA MONDIALE pour obtenir la prise en charge optique.

AG2R LA MONDIALE règle l'opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restant éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 14 000 opticiens.

Chez le dentiste

Si votre chirurgien-dentiste accepte de pratiquer le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, il doit alors effectuer une demande de prise en charge. N'hésitez pas à lui demander s'il pratique ce service.

Chez les autres professionnels de la santé

Des accords ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes... Pour en bénéficier, présenter à ces professionnels de santé votre carte Vitale et votre carte de tiers payant.

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, connectez-vous sur votre espace client www.ag2rlamondiale.fr

Un devis ? Une facture ? Connectez-vous !

Avez-vous testé l'envoi d'une facture depuis votre espace client pour procéder au remboursement de vos soins ?

Désormais, ce service est également disponible pour les demandes d'étude de devis optique et dentaire.

03

Les « packs en option »

(selon les conditions de votre contrat)

La téléconsultation médicale

20

L'assistance

21



03. Les « packs en option »

(selon les conditions de votre contrat)

La téléconsultation médicale

Pour tous les assurés et les bénéficiaires (conjoint et enfant(s)), ce service est disponible depuis la France et l'étranger.

Entièrement pris en charge

- Consultation par téléphone ou par vidéo avec un médecin généraliste, disponible sous 30 minutes ou sur rendez-vous.
- Possibilité de consultation avec un médecin spécialiste, notamment psychologue.
- Respect du secret médical et confidentialité des données personnelles.
- Accessible 24 h / 24 et 7j / 7, dès lors que le médecin traitant est joignable.
- À l'issue de la téléconsultation, une ordonnance peut être transmise sur un espace sécurisé.

À savoir

Arrêt de travail : aucune des plateformes n'en délivre.
À l'issue de la téléconsultation, un compte-rendu sera envoyé au médecin traitant du patient si ce dernier en émet le souhait.



L'assistance

Selon votre contrat, bénéficiez d'une assistance complète.

Dès à présent et à tout moment

- Conseil social.
- Téléconseil santé.
- Mise en relation avec notre réseau de prestataires.

En cas d'hospitalisation de plus de 24 h et en ambulatoire

- Enveloppe de services (aide à domicile, transports, garde d'enfant, livraison de courses / repas, médicaments etc.).
- Téléassistance.
- Suivi psychologique.
- Aide pédagogique.

En déplacement professionnel

- Rapatriement.
- Frais médicaux en urgence.
- Acheminement d'un collaborateur de remplacement.
- Assistance juridique.
- Retour anticipé si accident ou décès d'un proche.
- Avance de fonds en cas de vol des moyens de paiement.

Bon à savoir

Retrouvez toutes les informations sur :

 Votre espace client

04

Comprendre la santé

Le parcours de soins

24

04. Comprendre la santé

♥ Le parcours de soins

Qu'est-ce que le parcours de soins ?

Le parcours de soins est un circuit que vous devez respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie de plus de 16 ans. Vous êtes considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés si :

- Vous avez déclaré votre médecin traitant auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance maladie.
- Vous consultez votre médecin traitant ou son remplaçant en première intention.
- Vous consultez un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de votre médecin traitant.

Qui est le médecin traitant ?

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

Que se passe-t-il lorsque je tombe malade loin de chez moi ?

Le système du médecin traitant prévoit que dans les cas d'urgence, ou si vous êtes en vacances, il sera possible de consulter un autre médecin, sans pénalité. Même chose si c'est votre médecin qui est en vacances. La notion d'urgence est mentionnée de façon précise.



Ayez le bon réflexe !

Les spécialistes que l'on peut consulter sans passer par son médecin traitant :

- Un gynécologue, un ophtalmologue ou un stomatologue pour les actes respectifs de prévention ou de suivi, tels que : contraception, renouvellement de lunettes, soins bucco-dentaires et chirurgicaux, etc.
- Les psychiatres et neuropsychiatres sont en accès direct pour les 16-25 ans.
- Les chirurgiens-dentistes sont en accès direct, n'étant pas concernés par le système du médecin traitant.

Quelle différence entre un médecin exerçant en secteur 1, un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins ou un médecin en secteur 2 ?

La différence porte sur les tarifs que ces médecins peuvent pratiquer :

- Un médecin qui exerce en **secteur 1** est « conventionné ». Il applique un tarif

fixe dit « conventionnel » défini par l'Assurance maladie. Il n'est autorisé à pratiquer un dépassement d'honoraires que pour une demande particulière comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

- Un médecin qui exerce en **secteur 2** est « conventionné, honoraires libres ».

Il fixe lui-même ses tarifs et est autorisé à pratiquer « avec tact et mesure » des dépassements d'honoraires.

Ces dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

- Un médecin adhérent à l'**Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO)** est autorisé à pratiquer des dépassements modérés.

En signant ce contrat, il s'est en effet engagé à modérer et à stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients. L'Assurance maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents sur ceux en secteur 1.

Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion à l'OPTAM en consultant www.ameli.fr. Ces informations vous seront utiles pour déterminer le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie (la base de remboursement entre médecin en secteur 1 et médecin en secteur 2 adhérent au contrat est désormais la même, cette base augmentera pour les patients de ces médecins).

En quoi consiste l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO) ?

En signant, le médecin permet à ses patients de :

- Bénéficier d'un meilleur remboursement de Sécurité sociale.
- Réduire le reste à charge.

Vous pouvez consulter l'ensemble des tarifs sur le site www.ameli.fr

Comment choisir et déclarer son médecin traitant ?

Vous avez le libre choix de votre médecin traitant. Il peut être votre médecin de famille ou un autre médecin, généraliste ou spécialiste, conventionné ou non. L'essentiel étant de privilégier le médecin qui vous connaît le mieux.

Une fois que vous avez choisi votre médecin traitant, remplissez avec lui le formulaire de « Déclaration de choix du médecin traitant » (formulaire n°S3704). Envoyez ensuite ce formulaire à votre caisse d'Assurance maladie. Vous pouvez télécharger le formulaire sur le site Internet de l'Assurance maladie : www.ameli.fr



Que se passe-t-il lorsque je suis orienté vers un médecin en secteur 2 ?

Dans le cadre du parcours de soins, l'option de coordination permet d'assurer l'engagement du médecin exerçant en secteur 2, à honoraires libres, de pratiquer les tarifs conventionnels (ceux du secteur 1) quand vous lui êtes adressé par votre médecin traitant.

Qu'est-ce qu'un médecin correspondant ?

Votre médecin traitant peut vous orienter vers un autre médecin. Ce dernier est alors appelé « médecin correspondant ». Deux situations peuvent se présenter. Votre médecin traitant vous oriente :

- vers un autre médecin pour des soins réguliers (exemple : un cardiologue). On parle alors de suivi régulier ;
- vers un spécialiste pour un avis ponctuel.

Que se passe-t-il si je suis hors parcours de soins ?

Vous êtes hors du parcours de soins coordonnés si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci. Vous serez moins remboursé par l'Assurance maladie (30 % de la base de remboursement au lieu de 70 % dans le cadre d'un parcours de soins).



Connaissez-vous le 100 % santé ?

Retrouvez toutes les informations sur :

 **Votre espace client**

05

Votre contrat au quotidien

Des clés pour décrypter vos garanties

Comment lire vos garanties ? 30

Vos remboursements : mode d'emploi 31

Que faire en cas de changement de situation ? 33

05. Votre contrat au quotidien

Des clés pour décrypter vos garanties

Q Comment lire vos garanties ?

Les pourcentages de BR

(ex : « 100 % BR », « 200 % BR »...)

Votre contrat santé vous rembourse sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. La Base de Remboursement est un tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Ainsi, quelles que soient vos dépenses, la Sécurité sociale et votre complémentaire vous remboursent sur la base de ce tarif, et non sur vos dépenses réelles.

Selon le type de consultation, d'acte, de produit ou de prestation médicale, la Sécurité sociale vous rembourse entre 80 % et 60 % et votre contrat santé le complément. Pour les consultations, une participation forfaitaire de 2 € est à votre charge. Elle ne peut être prise en charge ni par la Sécurité sociale, ni par votre complémentaire dans le cadre du contrat responsable.

Les remboursements forfaitaires

Pour certaines prestations, votre tableau de garanties indique des montants forfaitaires annuels. Dans ce cas, le calcul de remboursement s'effectue de la manière suivante :

- Pour une dépense santé, la Sécurité sociale vous rembourse une somme appelée Remboursement Sécurité sociale (RSS).
- Votre contrat santé la complète jusqu'à hauteur de la somme forfaitaire garantie.



Si la dépense est inférieure à la somme forfaitaire garantie ajoutée au RSS, vous serez intégralement remboursé et il vous restera une partie de ce forfait annuel qui pourra être utilisé pour le remboursement de vos nouvelles dépenses.

Votre contrat santé rembourse aussi, à hauteur du montant forfaitaire en euros indiqué dans le tableau des garanties, certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale comme la chirurgie de la myopie ou les implants dentaires.



Vos remboursements : mode d'emploi

J'ai reçu mon décompte de la Sécurité sociale. Dois-je l'envoyer à AG2R LA MONDIALE ?

NON Si votre décompte comporte un message vous indiquant que le dossier a été télétransmis.

OUI Si aucun message ne figure sur votre décompte.

À savoir

Sur TOUS les documents que vous nous envoyez, indiquez votre numéro de Sécurité sociale.

J'ai déjà payé les soins. Dois-je envoyer ma facture à AG2R LA MONDIALE ?
Frais de santé remboursés par l'Assurance maladie :

Hôpital

OUI Pour des soins en établissement public, vous devez nous envoyer la facture acquittée ou l'avis des sommes à payer, ainsi que l'attestation de paiement remise par la trésorerie. Pour les soins en clinique privée, vous devez nous envoyer l'exemplaire du bordereau de facturation « destiné à l'Assurance maladie complémentaire » en même temps que les factures de dépassements d'honoraires éventuels remises par les praticiens.

Médecin, kinésithérapeute, infirmier, laboratoire, etc.

NON Si vous avez payé la totalité de la facture ou si vous bénéficiez du tiers payant. Notre remboursement interviendra sur information de votre régime de base.

OUI Si vous n'avez payé que la part complémentaire et que votre contrat ne prévoit pas le tiers payant.

Opticien ou chirurgien-dentiste

NON Si, éventuellement, nous avons besoin de la facture, nous vous la demanderons.

Frais de santé non remboursés par l'Assurance maladie* :

* En fonction des garanties prévues par votre contrat.

Lentilles

OUI Adressez-nous la facture acquittée ainsi qu'une copie de la prescription médicale (gardez l'original pour le renouvellement de vos lentilles).

La prescription doit dater de moins de 12 mois pour un premier remboursement.

Orthodontie refusée

OUI Adressez-nous la facture acquittée à la fin de chaque phase de traitement. Elle doit comporter le numéro du semestre concerné, les dates de début et de fin du semestre et la cotation Sécurité sociale.



Actes dentaires (parodontologie, implants...)

OUI Adressez-nous la facture acquittée.

Médecines douces

OUI Adressez-nous la facture acquittée par le praticien qui, s'il n'est pas médecin ou kinésithérapeute, doit appartenir à un syndicat ou une association de professionnels agréés dans la spécialité concernée (ostéopathie, chiropractie, diététique...).

Maternité

OUI Adressez-nous un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille précisant la filiation, afin de bénéficier de la gratuité des cotisations pour votre nouveau-né.

Clauses spécifiques

Votre contrat peut comporter des clauses spécifiques. Pour cela reportez-vous à vos conditions générales ou particulières ou contactez votre centre de gestion. Pour connaître l'adresse de votre centre de gestion reportez-vous à votre carte santé ou composez le 0 969 32 2000 (n° cristal appel non surtaxé).



Que faire en cas de changement de situation ?

J'ai déménagé. Comment puis-je vous communiquer ma nouvelle adresse ?

Par Internet

www.ag2rlamondiale.fr
À partir de votre espace client, il est possible de modifier votre adresse postale et e-mail en ligne. L'accès à ce service nécessite une inscription préalable.

Par téléphone au Service Client

0 969 32 2000
(n° cristal appel non surtaxé)

Par courrier

À l'adresse mentionnée sur votre carte santé (document que vous avez reçu lors de votre adhésion).



J'ai changé de coordonnées bancaires. Comment puis-je vous les communiquer ?
Pour le remboursement de vos prestations, vous pouvez définir un RIB par bénéficiaire.

Vous pouvez effectuer le changement :
– depuis votre espace client, rubrique « Vos démarches ». Au clic sur le lien « Quels documents joindre », la liste des documents attendus s'affiche : RIB ou mandat SEPA signé.
– par téléphone en contactant le Service Client au 0 969 32 2000 (appel non surtaxé). Cet appel doit provenir obligatoirement de l'assuré principal du contrat. Il ne peut être fait par un des bénéficiaires.

Je souhaite inscrire ou retirer un bénéficiaire de mon contrat, que dois-je faire ?

Le changement peut s'effectuer directement depuis votre espace client, rubrique « Affilier ou radier un bénéficiaire ».

Vous pouvez ajouter les pièces justificatives requises en cliquant sur « Choisir ou glisser des fichiers » ainsi qu'un commentaire facultatif si vous souhaitez apporter des précisions.

Pour une affiliation comme pour une radiation, vous pouvez indiquer la situation à l'origine de votre demande : naissance, mariage, PACS, décès, divorce, etc.

06

L'action sociale

Engagée pour le bien vivre et le bien vieillir

Comment bénéficier de notre
action sociale AG2R Prévoyance ?

36

06. L'action sociale

Engagée pour le bien vivre et le bien vieillir

Comment bénéficier de notre action sociale AG2R Prévoyance ?

Vous rencontrez une période difficile ?
Les conseillers de notre service social vous apportent des conseils adaptés et du soutien personnalisé pour que vous puissiez faire face.

Les services proposés sont financés par l'action sociale AG2R Prévoyance.

Nos domaines d'intervention :

- Situations de vulnérabilité : veuvage, maladie, séparation, surendettement, perte de revenus, invalidité.
- Santé : faciliter l'accès aux soins.
- Accompagnement des aidants : soutien et répit.
- Handicap : aide humaine, aménagement du logement, matériel.
- Insertion professionnelle : formation et frais annexes, permis de conduire.

Les conseillers de notre service social réalisent un diagnostic global de vos besoins et vous proposent des solutions adaptées à votre situation telles que :

- Aides légales et/ou tout autre dispositif social externe.
- Aide financière* individuelle quand elle s'avère nécessaire.

* L'attribution d'une aide financière est ponctuelle, complémentaire aux dispositifs d'aides légales et soumise à conditions.




Comment solliciter une demande d'action sociale

Indiquer vos coordonnées :

- Nom et prénom ;
- Date de naissance ;
- N° de Sécurité sociale ;
- Adresse postale ;
- N° de téléphone et adresse mail.

Important

Bien indiquer dans l'objet de votre mail « Demande d'aide individuelle pour un affilié ou un ayant-droit ».


 Retrouvez sur notre site le détail de notre accompagnement pour bénéficiaire de notre action sociale.



Vous souhaitez être contacté par un conseiller social

Par téléphone
09 69 361 043
(prix d'un appel local)

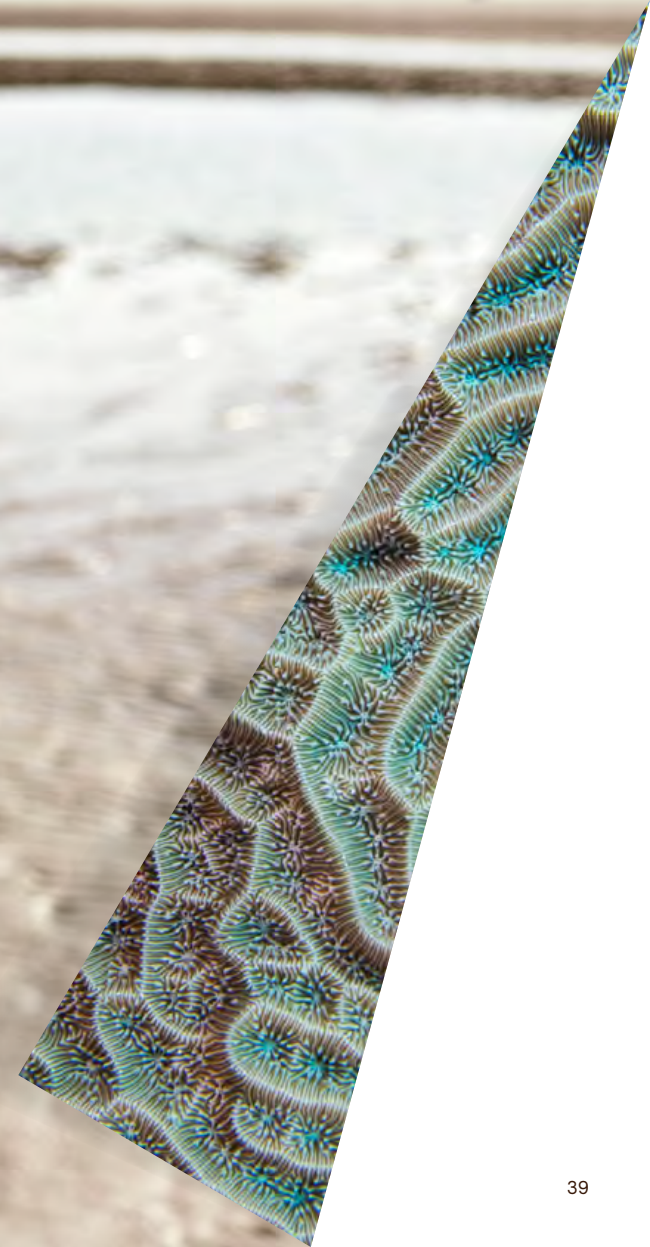
Par mail
actionsociale@ag2rmondiale.fr

 En savoir plus sur l'action sociale d'AG2R LA MONDIALE.



07

Lexique



07. Lexique

A

Adhérent :

Personne ayant souscrit un contrat à titre individuel ou affilié en tant que salarié au titre d'un contrat collectif souscrit par son employeur.

Synonyme : bénéficiaire

Affection de longue durée (ALD) :

Maladie reconnue par l'Assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la Base de Remboursement par l'Assurance maladie obligatoire. En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires). La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

Assurance maladie obligatoire (AMO) :

Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou une partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

Synonyme : régimes obligatoires (de protection sociale - RO) - Sécurité sociale.

Assurance maladie complémentaire (AMC) :

Ensemble des garanties assurées la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

Synonyme : organisme d'Assurance maladie complémentaire (OCAM), complémentaire santé, garanties.

Auxiliaires médicaux :

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'Assurance maladie obligatoire.

Synonyme : professionnel paramédical.

Ayant-droit :

Personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'Assurance maladie obligatoire car elle est membre de la famille d'un assuré social (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge...) ou est hébergée à sa charge permanente et effective depuis plus d'un an.

Synonyme : bénéficiaire.

B

Base de remboursement (BR) :

Tarif servant de référence à l'Assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonyme : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaire :

Personne qui peut percevoir des prestations au titre du contrat soit à titre personnel (l'assuré principal), soit du fait de ses liens de parenté avec l'assuré principal direct (les ayants-droit).

Biologie médicale :

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale est remboursée par l'Assurance maladie obligatoire.

Synonyme : examen de laboratoire, analyse médicale.

C

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

La CCAM dentaire comportera plus de 700 codes courants qui définissent précisément les actes possibles dans un cabinet dentaire. Elle constitue le nouveau référentiel pour les actes dentaires qui s'applique à compter de juin 2014 en remplacement de la NGAP.

Caisse Nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs Salariés :

La CNAMTS est la caisse qui gère au plan national la branche Assurance maladie du régime général de Sécurité sociale. Communément, les salariés des professions non agricoles travaillant en France sont affiliés au régime général et sont couverts sous certaines conditions pour les risques suivants : maladie (soins de santé et arrêts de travail), invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles (soins de santé et arrêts de travail).

Caisse Primaire d'Assurance maladie :

Une CPAM assure dans sa circonscription (il existe au moins une CPAM par département) entre autres l'immatriculation, le calcul et le paiement des prestations de soins de santé des assurés sociaux relevant du régime général.

Centre de Gestion :

Centre AG2R LA MONDIALE dans lequel sont gérés l'affiliation des assurés, l'encaissement des cotisations et le versement des prestations.

Certificat de radiation :

Document établi par la précédente complémentaire santé, suite à la résiliation du contrat de l'assuré, qui permet, lors de la souscription à une nouvelle complémentaire santé, d'éviter certains délais d'attente.

Chirurgie ambulatoire :

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Synonyme : chirurgie de jour.

Chirurgie réfractive :

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'Assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'Assurance maladie complémentaire.

Synonyme : opération de la vue, de la myopie, kératotomie radiaire.

Complémentaire Santé :

Couverture proposée par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, qui vient en complément des garanties de la Sécurité sociale. Il s'agit donc d'une prise en charge partielle ou totale des frais de santé non remboursés à l'assuré par la Sécurité sociale.

Conventions médicales :

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'Assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance maladie obligatoire.

1. Professionnels de santé

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

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

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

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

2. Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé

qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

Voir également : secteur 1 / secteur 2.

Complémentaire Santé Solidaire (Ex CMUC) :

Selon les ressources de la personne, la Complémentaire santé solidaire peut être gratuite ou payante (1 € par jour maximum). Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans dépense à leur charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources. Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'Assurance maladie obligatoire ou par un organisme d'Assurance maladie complémentaire. Les bénéficiaires du RSA sont automatiquement affiliés à la Complémentaire Santé Solidaire (sauf refus de leur part).

D

Date d'effet de la garantie :

Date à laquelle l'assuré peut prétendre à la garantie qu'il a souscrite après application des éventuelles périodes d'attente, de carence ou de stage.

Demande de prise en charge :

Demande formulée auprès de l'organisme d'Assurance maladie complémentaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré, sur la base d'un devis.

Dépassement d'honoraires :

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements.

Voir également : secteur 1 / secteur 2.

Devis :

Document présentant les soins ou prestations proposées et leurs prix, de manière préalable à leurs achats ou à leurs réalisations. Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 € comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient. Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document.

E

Établissements spécialisés :

Sont considérés comme établissements spécialisés les maisons de repos, de convalescence, de retraite, de gériatrie, de post-cure, les hôpitaux psychiatriques, les établissements de chirurgie esthétique, les cliniques diététiques, les colonies sanitaires, les aériums, les préventoriiums, les centres de rééducation fonctionnelle, etc.

Exclusions de garanties :

Situations, risques ou maladies pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le contrat. Elles doivent être obligatoirement précisées dans les documents contractuels. Les garanties sont l'ensemble des prestations dont bénéficient les assurés.

F

Forfait journalier * :

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2018, son montant est de 20 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 € par jour pour un séjour en psychiatrie. Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par l'Assurance maladie complémentaire. Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

* Le forfait journalier hospitalier ne s'applique pas aux régimes Alsace-Moselle et monégasque.

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

Forfait 24 euros :

Participation forfaitaire de 24 € à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État (91 € en 2010, 120 € en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 24 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Ce forfait est généralement pris en charge par l'Assurance maladie complémentaire.

Synonyme : participation forfaitaire de 24 €.

Frais de séjour :

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part. Les frais de séjour sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'Assurance maladie complémentaire.

Frais d'accompagnement :

Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant). Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

Synonymes : frais d'accompagnant, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant.

Frais médicaux :

Ensemble des frais de santé exposés par un patient et susceptibles d'être pris en charge par une Assurance maladie (consultations et visites médicales, pharmacie, hospitalisation, etc.). Ce sont les dépenses réellement engagées par les assurés. Elles doivent figurer sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale et les factures d'hospitalisation. Certaines garanties prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée. **Synonymes :** frais réels.

H

Hospitalisation :

Désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait « 18 euros », chambre particulière.

N

Nomenclature :

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

P

Prestations (d'une Assurance maladie complémentaire) :

Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'Assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Prothèses dentaires :

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge ».

Les prothèses fixes remboursées par l'Assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, métal-céramique, céramo-céramique, zircone et bridges céramiques.

- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

R

Reste à charge :

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'Assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

S

Soins dentaires :

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'Assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

Soins de ville :

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en « soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

T

Taux de remboursement de la Sécurité sociale :

Taux appliqué par l'Assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire. La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 65 % de la base de remboursement pour l'appareillage,
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré (par exemple 100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

Voir également : médicaments, hospitalisation, appareillage, honoraires.

Tarif forfaitaire de responsabilité utilisé uniquement en pharmacie :

C'est le tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque qui est fixé en fonction du prix du médicament générique correspondant.

Télétransmission :

La télétransmission nomme l'échange informatique entre les différents acteurs de la santé (NOÉMIE = Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs.) La télétransmission dispense les assurés d'envoyer les feuilles de soins aux organismes de santé, tels l'Assurance maladie ou les complémentaires santé.

Tiers payant :

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou

complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

Ticket modérateur :

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 d'un euro 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...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)... Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'Assurance maladie complémentaire. La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garantie.

Exonération du ticket modérateur :

Les assurés sociaux peuvent être exonérés du ticket modérateur dans certains cas :

- les personnes atteintes d'une maladie reconnue de longue durée (uniquement les soins en rapport avec la maladie),
- les personnes subissant une intervention chirurgicale d'une certaine gravité (de plus de 30 jours par exemple),
- les nouveau-nés hospitalisés dans les 30 premiers jours,
- les femmes enceintes pendant une période qui débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date de l'accouchement,
- les titulaires d'une rente accident du travail, d'une pension militaire et/ou invalidité.

L'exonération est accordée pour une durée limitée ou illimitée selon la situation. La participation de la Sécurité sociale est égale à 100 % du tarif de responsabilité et laisse à la charge de l'assuré les dépassements d'honoraires et de tarifs.

Transport :

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, des transports en commun... Les frais de transport sont remboursés à 65 % du tarif de l'Assurance maladie obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins, pouvant donner les soins appropriés, la plus

proche. Les transports en série programmés, ou sur une longue distance, ou encore par avion ou bateau doivent en général avoir été préalablement autorisés (« entente préalable ») par l'Assurance maladie obligatoire pour pouvoir être pris en charge.

Synonyme : transport sanitaire

V

Visite médicale :

Consultation médicale effectuée au domicile du patient qui est dans l'impossibilité de se déplacer.

Pratique

[Rendez-vous sur le site AMELI pour consulter toute la réglementation de la Sécurité sociale et les dernières données à jour .](#)

Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

J'achète, je vends

Épargner et investir
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre
un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

Je prépare ma retraite

Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

Je suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon
entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

Nos conseillers sont là
pour échanger avec vous,
vous écouter et vous
accompagner dans vos choix.

www.ag2rlamondiale.fr

AG2R LA MONDIALE

14-16 boulevard Malesherbes
75379 PARIS CEDEX 08

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance
régie par le code de la Sécurité Sociale -
Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R -
Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes
75008 PARIS - SIREN 333 232 270.

