



AG2R LA MONDIALE

Santé

Régimes de base et surcomplémentaire facultatifs

Notice d'information

CCN de la Charcuterie de détail

[Brochure n° 3133]

Anciens salariés - Garanties au 1^{er} janvier 2020



Sommaire

- 4 **Le Pôle alimentaire**
 - 4 Les 10 engagements du Pôle alimentaire
 - 17 Quels sont les actes et frais garantis ?
 - 18 Résumé des garanties
 - 24 Peut-on changer d'option ?
- 5 **Les signataires de l'accord**
- 6 **Présentation**
- 7 **Vos régimes facultatifs**
 - 7 **Régime de base**
 - 7 Quel est l'objet du régime ?
 - 7 Comment bénéficiaire du régime ?
 - 7 Quels sont les actes et frais garantis ?
 - 8 Résumé des garanties
 - 17 **Régime surcomplémentaire**
 - 17 Quel est l'objet du régime ?
 - 17 Comment souscrire ?
- 25 **Dispositions communes aux régimes facultatifs**
 - 25 Quels sont les bénéficiaires ?
 - 26 Quand débutent les garanties ?
 - 26 Durée de l'affiliation
 - 26 Quand cessent-elles ?
 - 26 Cotisations
 - 27 Indexation
- 28 **Dispositions générales**
 - 28 Exclusions
 - 29 Limites des garanties
 - 30 Plafond des remboursements
 - 30 Prescription des actions

- 30 Recours contre les tiers responsables
- 30 Réclamations - Médiation
- 31 Protection des données à caractère personnel
- 32 Autorité de contrôle
- 32 Adhésion à distance
- 34 Adhésion suite au démarchage de l'assuré

42 Mes services

- 42 Découvrez notre application mobile « ma santé »
- 43 Découvrez notre application mobile « service client »

35 Modalités de gestion

- 35 Comment s'effectuent vos remboursements ?
- 36 Tiers payant
- 37 Accords de prise en charge
- 38 Quelques informations utiles
- 39 Qu'est-ce que le 100 % santé ?

41 Pour tout renseignement

- 41 Site internet

Le Pôle alimentaire

Le Pôle alimentaire est un véritable soutien aux professions de l'alimentaire de par son expertise, ses moyens et ses actions mises en œuvre pour une protection sociale adaptée. Il protège près d'un million de salariés, répartis dans plus de 115 000 entreprises de toute la chaîne agroalimentaire.



C'est un lieu d'échanges où les besoins et idées en protection sociale sont exprimés paritairement, puis étudiés et réalisés pour accompagner la création de valeur.

Les 10 engagements du Pôle alimentaire

- Co-construire une protection sociale pour les métiers de l'alimentation
- Accompagner la jeunesse à chaque étape
- Protéger tous les salariés
- Développer l'attractivité des métiers
- Épauler concrètement les familles en cas de décès
- Promouvoir l'emploi
- Agir en prévention santé
- Investir dans l'économie
- Défendre le bien-être des retraités
- Soutenir l'innovation sociale

Les signataires de l'accord



La Fédération nationale Agro-alimentaire CFE-CCG



La Fédération CFTC Commerces, Services et Force de vente



La Confédération Nationale des Charcutiers Traiteurs (CNCT)



La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation, des Tabacs et des Activités annexes Force ouvrière (FGTA FO)



La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT (FNAF CGT)



La Fédération Générale Agroalimentaire CFDT (FGA CFDT)



L'Union Nationale des Syndicats Autonomes - Fédération commerces et services (UNSA)

Présentation

Les partenaires sociaux de la Charcuterie de détail ont souhaité offrir aux anciens salariés des entreprises de la branche un maintien de leurs garanties frais de santé, en conformité avec les dispositions prévues par l'article 4 de la loi « ÉVIN » 89-1009 du 31 décembre 1989.

Ces garanties comprennent :

- un régime de **base facultatif** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif (2 options au choix)** si vous souhaitez améliorer le remboursement des frais garantis par le régime de base.

Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire, votre affiliation au régime de base est indispensable.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Elle s'applique à compter du **1^{er} janvier 2020**.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance, membre de AG2R LA MONDIALE.

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

Vos régimes facultatifs

Régime de base

Quel est l'objet du régime ?

Vous faire bénéficier d'une complémentaire santé qui complète les remboursements de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Modification de situation

En cas de modification (changement d'adresse, coordonnées bancaires, ...) informez-en votre centre de gestion en utilisant la fiche de correspondance disponible sur demande ou sur le site : www.artvie-sante.fr

Comment bénéficier du régime ?

Complétez le bulletin d'affiliation « Anciens salariés » frais de santé puis remettez-le à l'organisme assureur, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire, ...).

Le bulletin est disponible sur www.artvie-sante.fr

Quels sont les actes et frais garantis ?

Tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de

base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé des garanties.

La garantie « maternité » n'intervient que pendant la période au cours de laquelle vous recevez des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

Il est versé en cas de naissance d'un enfant de l'assuré (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité de l'assuré est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

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

Résumé des garanties

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

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

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

Abréviations :

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

CCAM = classification commune des actes médicaux.

D. P. T. M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = honoraires limites de facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : <https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

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

TM = ticket modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	250 % de la BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
- Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	250 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	200 % de la BR
Chambre particulière	80 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de - 16 ans	30 € par jour

Transport

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

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	200 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	200 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	200 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	150 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	60 € par acte, limité à 4 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	150 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	150 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale : contraception prescrite	Crédit de 90 € par année civile
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR

Postes	Niveaux d'indemnisation
Non remboursée par la Sécurité sociale : vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % des FR sur présentation de la facture de prescription
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	RSS + Crédit de 600 € par année civile
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Jusqu'au 31/12/2020	
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale	
Aides auditives	Crédit de 1 500 € par année civile avec un minimum de 100 % BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR
À compter du 01/01/2021	
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽⁴⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	1 700 €
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	1 700 €
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

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

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

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

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement. 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 présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
- Inlay , onlay	400 % de la BR dans la limite des HLF
- Inlay core	330 % de la BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
- Inlay , onlay	400 % de la BR
- Inlay core	330 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs , chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	300 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Soins prothétiques et prothèses dentaires , pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	400 % de la BR
Parodontologie	Crédit de 500 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier...)	Crédit de 1200 € par année civile
Orthodontie	300 % de la BR

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

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

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A : quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A : quel que soit l'âge ⁽²⁾	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B : quel que soit l'âge ⁽²⁾	100 €
Verres de Classe B : quel que soit l'âge ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 160 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 160 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 2 000 € par année civile

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % santé, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres

cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

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

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans 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 -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. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

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

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

Grille Optique

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

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux				
	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	90 €	90 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	90 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	90 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	150 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	150 €	150 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	150 €
Multifocaux et progressifs				
	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	180 €	180 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	250 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	180 €	180 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	180 €	180 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	250 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	250 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	250 €	250 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	350 €
Fécondation in vitro	
Fécondation in vitro	Crédit de 250 € par année civile

Fonds de prévention santé / fonds d'action sociale

Programme	Nature des actions
Fonds de prévention santé *	
	Prévention des troubles musculosquelettiques (TMS)
Actions de prévention	Campagne de sensibilisation aux troubles musculosquelettiques (TMS) en CFA : séances de prévention dans tous les CFA de France auprès des apprentis charcutiers traiteurs et leurs professeurs
Prévention de la pénibilité	État des lieux des facteurs de pénibilité et établissement du référentiel unique de branche
Fonds d'action sociale (= fonds de secours) **	
	Reste à charge important sur des soins de santé
	Participation à l'acquisition des équipements spécifiques ou personnes handicapées ou invalides
Panorama des aides exceptionnelles pouvant être accordées aux salariés suite à des difficultés liées à des dépenses de santé	Aides aux frais de déplacement occasionnés par l'hospitalisation d'un proche
	Autres dépenses liées aux soins de santé
	Examen de tous les dossiers par la Commission paritaire nationale

* Le fonds de prévention santé est abondé par prélèvement sur le solde positif du compte du régime de remboursement de frais de santé de la Convention collective nationale de Charcuterie de détail.

Les actions de prévention sont financées dans la limite du solde créditeur des fonds de prévention santé.

** Le fonds de secours (fonds d'action sociale) est abondé par prélèvement sur le solde positif du compte du régime de remboursement de frais de santé de la Convention collective nationale de la Charcuterie de détail.

Les aides à caractère exceptionnel sont financées dans la limite du solde créditeur des fonds de secours.

Mesures d'actions individuelles de prévention au profit des salariés / anciens salariés assurés au contrat de frais de santé (leurs ayants droit si couverts au titre dudit contrat) et ouvrant droit au bénéfice des garanties du contrat

Programme	Nature des actions
Santé bucco-dentaire	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	<p>Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie .</p> <p>Promotion des consultations de prévention à deux âges clés , 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie «M'T Dents»⁽¹⁾ . Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont pris en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire » .</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire .</p>
Cancers : traitement et prévention de leurs récives	
Aide à la décision thérapeutique , notamment opératoire , d'un cancer	<p>Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM) .</p> <p>La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).</p>
Prévention des récives de cancers	<p>Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récives après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel .</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme .</p>
Bilan de prévention	
Bilan de prévention personnel	<p>Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger , bouger , dormir , respirer .</p>

(1) À 3 , 6 , 9 , 12 , 15 , 18 , 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes .

Régime surcomplémentaire

Le régime surcomplémentaire s'applique si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Quel est l'objet du régime ?

Améliorer vos remboursements en souscrivant à une des **2 options facultatives** venant s'ajouter à votre régime de base.

Comment souscrire ?

Complétez la partie régime surcomplémentaire facultatif du bulletin d'affiliation santé.

Quels sont les actes et frais garantis ?

Tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « **maladie** », « **accidents du travail/maladies professionnelles** » et « **maternité** » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé des garanties.

La garantie «maternité» n'intervient que pendant la période au cours de laquelle vous recevez des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

Il est versé en cas de naissance d'un enfant de l'assuré (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité de l'assuré est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

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

Résumé des garanties

Les prestations s'entendent **en complément** du régime de base facultatif.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

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

Abréviations :

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

CCAM = classification commune des actes médicaux.

D. P. T. M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = honoraires limites de facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : <https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

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

TM = ticket modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	50 % de la BR	85 % de la BR
Honoraires		
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	50 % de la BR	85 % de la BR
Chambre particulière	20 € par jour	25 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans	10 € par jour	15 € par jour

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
Honoraires médicaux		
Remboursés par la Sécurité sociale		
– Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	35 % de la BR	85 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	35 % de la BR	85 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	35 % de la BR	85 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	10 € par acte, limité à 4 actes par année civile	20 € par acte, limité à 4 actes par année civile

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
Prothèses		
Panier maîtrisé ⁽¹⁾		
- Inlay , onlay	75 % de la BR par année civile dans la limite des HLF	125 % de la BR par année civile dans la limite des HLF
- Inlay core	75 % de la BR par année civile dans la limite des HLF	125 % de la BR par année civile dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	90 % de la BR par année civile dans la limite des HLF	120 % de la BR par année civile dans la limite des HLF
Panier libre ⁽²⁾		
- Inlay , onlay	75 % de la BR	125 % de la BR
- Inlay core	75 % de la BR	125 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	90 % de la BR	120 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
Orthodontie	50 % de la BR	100 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Soins prothétiques et prothèses dentaires , pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	90 % de la BR	120 % de la BR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 250 € par année civile
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier)	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 300 € par année civile
Orthodontie	50 % de la BR	100 % de la BR

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

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
Équipements libres ⁽¹⁾		
Verres de Classe B : quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique	Voir grille optique
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 50 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 150 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 300 € par année civile

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

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

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

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

Ces périodes de prise en charge débutent à la date d'acquisition de l'équipement. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'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 en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

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

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai 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.

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

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

Grille optique - Option 1

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux				
	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	25 €	25 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	30 €	30 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	25 €	25 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	25 €	25 €
		SPH > 0 et S > + 6	30 €	30 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	30 €	30 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	30 €	30 €
Multifocaux et progressifs				
	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	30 €	30 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	30 €	30 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	30 €	30 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	30 €	30 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	30 €	30 €
		SPH > 0 et S > + 8	30 €	30 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	30 €	30 €

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

Grille optique - Option 2

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux				
	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (1)	60 €	60 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 €	80 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	60 €	60 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	60 €
		SPH > 0 et S > + 6	80 €	80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	80 €	80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	60 €	60 €
Multifocaux et progressifs				
	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	80 €	80 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	60 €	60 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	80 €	80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	80 €	80 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	60 €	60 €
		SPH > 0 et S > + 8	60 €	60 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	60 €	60 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale		
Frais de voyage et hébergement	50 € limité à une intervention par année civile	50 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	100 €	200 €
Fécondation in vitro		
Fécondation in vitro	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 300 € par année civile

Peut-on changer d'option ?

Pour une amélioration des garanties*

Le changement d'option est possible au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 3 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception à votre centre de gestion.

* C'est-à-dire pour passer de l'option 1 à l'option 2.

Pour une baisse des garanties**

Le changement d'option est possible au 1^{er} janvier, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 6 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception à votre centre de gestion. Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'adhésion individuelle au contrat.

** C'est-à-dire pour passer de l'option 2 à l'option 1.

Bénéfice du régime surcomplémentaire

Pour bénéficier du régime surcomplémentaire, l'affiliation au régime de base est obligatoire.

L'affiliation au régime surcomplémentaire s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires du régime de base.



Dispositions communes aux régimes facultatifs

Quels sont les bénéficiaires ?

- **Vous-même**, assuré social, ancien salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale de la Charcuterie de détail qui au jour du départ bénéficie :
 - d'une rente d'incapacité, d'une rente d'invalidité ou d'une pension de retraite,
 - ou, si vous êtes privé d'emploi, d'un revenu de remplacement,
- **votre conjoint ;**
- **votre concubin** (au sens de l'article 515-8 du Code civil), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec vous-même, une attestation de moins de trois mois établissant votre engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance. Dans le cas où votre concubin n'est pas lié par un Pacs et ne soit pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun),
- **vos enfants à charge** répondant à la définition suivante :
 - vos **enfants de moins de 21 ans** à votre charge ou de votre conjoint ou de votre concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
 - vos **enfants de moins de 26 ans** à votre charge au sens de la législation fiscale à savoir :
 - vos enfants, de votre conjoint ou de votre concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,
 - prise en compte dans le calcul du quotient familial, ou

- ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
- bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

Quand débutent les garanties ?

- Au 1^{er} jour du mois de la date d'effet demandée sur le bulletin d'affiliation à condition que la demande soit faite dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail ou dans les 6 mois à compter de la date d'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ;
- ou le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre bulletin d'affiliation par l'organisme assureur si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

Durée de l'affiliation

Vous êtes affiliés pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelant à effet du 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une résiliation en cours d'année sans délai est possible pour tout assuré qui :

- peut bénéficier du dispositif Couverture Maladie Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C) ;
- postérieurement à l'adhésion, est couvert à titre personnel et obligatoire dans le cadre de son activité professionnelle pour les mêmes garanties. Dans ce cas, l'assuré devra produire une attestation.

Résiliation ou suspension des garanties

Si résiliation ou la suspension de la garantie du régime de base entraîne la résiliation ou la suspension de la garantie du régime surcomplémentaire. En revanche, la résiliation de la garantie du régime surcomplémentaire n'entraîne pas la résiliation de la garantie du régime de base.

Quand cessent-elles ?

- En cas de résiliation de la convention d'assurance collective ;
- en cas de résiliation de votre part ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires.

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

En cas de cessation des garanties, vous avez la possibilité de vous affilier à l'une des garanties individuelles dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit de l'ancien salarié décédé.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Cotisations

Les tarifs des cotisations figurent sur la fiche tarifaire et sur le site :

www.artvie-sante.fr

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu, sur votre compte bancaire. N'oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement joint au bulletin d'affiliation.

Lorsque la cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, vous pouvez être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

Cette indexation vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue.

Lorsque vous vous opposez avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, votre affiliation est automatiquement résiliée au 31 décembre de l'année en cours.

À défaut d'opposition notifiée sur l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours, les cotisations indexées s'appliquent de plein droit.

Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations, la résiliation du régime surcomplémentaire facultatif de l'ancien salarié ou des ayants droit entraîne la résiliation du régime surcomplémentaire pour l'ensemble des bénéficiaires.

Indexation

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue (éléments fournis par les Caisses nationales d'assurance maladie) ;
- de l'équilibre global des régimes frais de santé des anciens salariés des entreprises relevant de la Convention collective nationale de la Charcuterie de détail.

Dispositions générales

Les exclusions et limitations des garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Exclusions

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues aux présents régimes,
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, sauf ceux prévus expressément dans les résumés des garanties,
 - ne figurant pas à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base, sauf pour les actes prévus expressément dans les résumés des garanties,
- engagés au titre de la législation sur les pensions militaires,
- engagés au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices,
- les participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue à l'article L.162-5-3 du Code la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (art. L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes

consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Limites des garanties

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au Code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale en tenant compte de la base de remboursement applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également en tenant compte de la base de remboursement applicable à ce groupe de médicaments.

À l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation.

Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnités de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Plafond des remboursements

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

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

Le respect des règles de prise 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, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et les présentes garanties.

Prescription des actions

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du

jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le salarié, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Recours contre les tiers responsables

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

Réclamations - Médiation

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à :

- AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX.

Il est également possible de joindre par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au :

- Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE
32 avenue Émile Zola
Mons en Barœul
59896 LILLE CEDEX 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations d'AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au :

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

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre d'AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

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

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des

activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

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

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

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

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

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

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

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

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

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante :

- 154 rue Anatole France
92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou
par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

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

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si

vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

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

Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

Adhésion à distance

Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

Éléments communiqués à l'assuré

En temps utile, avant la conclusion à distance d'un contrat, l'assuré reçoit les informations suivantes :

- 1/ La dénomination de l'organisme assureur, l'adresse de son siège social, lorsque l'organisme assureur est inscrit au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.
- 2/ Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.
- 3/ La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.
- 4/ La durée pendant laquelle les

informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.

- 5/ L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.
- 6/ La loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat.
- 7/ Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par

tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l'organisme assureur ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le souscripteur. La personne en contact avec le souscripteur doit en outre préciser son identité et son lien avec l'assureur.

Droit à renonciation

Dans le cadre des obligations liées à la commercialisation à distance, il est ouvert à l'assuré sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus courant :

- à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion ;
- ou à partir du jour où l'assuré reçoit les conditions d'adhésion et le présent document (si cette date est postérieure).

Le délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé.

Lorsque l'assuré exerce son droit de renonciation, il est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période durant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité.

Cette renonciation de l'adhésion entraîne la restitution par l'assuré à l'organisme assureur de toute somme reçue de celui-ci (à l'exception de celles correspondantes à la période durant laquelle le risque a couru), dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'organisme assureur reçoit notification de l'assuré de sa volonté de se rétracter.

Passé ce délai, la somme due est de plein droit productive.

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

Est visée : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. »

Droit à renonciation

L'assuré a la faculté de renoncer à son contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Au titre du présent contrat, le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion par l'assuré.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

L'organisme assureur est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'organisme assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Modèle de renonciation

La demande de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance doit être adressée à votre centre de gestion :

- AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion
TSA 30111
28944 CHARTRES CEDEX 9

J'ai souscrit une adhésion pour le produit
Charcuterie de détail auprès de votre
organisme

le : .../... /,

sous le numéro :

Le contrat a été souscrit à distance ou
suite à mon démarchage (rayer la mention
inutile).

Après réflexion, et comme 14 jours ne se
sont pas écoulés depuis la signature du
bulletin d'affiliation (ou depuis que j'ai
reçu les conditions d'adhésion si cette
date est postérieure), je déclare renoncer
à mon adhésion.

Date et Signature

Modalités de gestion

Comment s'effectuent vos remboursements ?

Télétransmission

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOEMIE »), les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) transmettent directement à l'organisme assureur l'ensemble des informations concernant vos remboursements ; si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à l'assurance maladie uniquement**.

Si cette procédure n'est pas encore en service, vous devez adresser au centre de gestion l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

Paiement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire.

L'organisme assureur adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet (accédez à votre

espace client en un clic) :

www.artvie-sante.fr

Demande de justificatifs

À défaut de télétransmission par les organismes de base, il convient de nous adresser :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale.

Cependant, à tout moment, l'organisme assureur peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- **pour les vaccins**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- **pour le forfait maternité**, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département ;
- **pour l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie, la phytothérapie**, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline

- concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- pour la chirurgie réfractive, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
 - pour la fécondation in vitro / périurale, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
 - pour les médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
 - en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

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

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, vous devez transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre régime de base ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Il pourra vous être demandé de fournir tous devis ou factures relatifs, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Ces devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

Attention

Si vous avez engagé des dépenses pour frais d'optique, prothèses dentaires ou non, appareillages, frais ayant entraîné des dépassements d'honoraires, vérifiez que le montant des frais réels indiqué sur votre décompte Sécurité sociale correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, faites parvenir au centre de gestion la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte Sécurité sociale.

Tiers payant

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

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

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

- l'attestation de droits Sécurité sociale ;
- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

La carte de tiers payant reste la propriété de l'organisme assureur. En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite,...) ou de résiliation du contrat, vous

devez restituer la carte de tiers payant en cours de validité dans un délai de 15 jours suivant votre départ ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

Vous pouvez géolocaliser les professionnels de santé pratiquant le tiers payant avec l'application mobile Ma Santé téléchargeable sur :

www.artvie-sante.fr

Carte de tiers payant

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte de tiers payant ; votre carte vous évite l'avance de frais.

Attention

Lorsque vous bénéficiez du tiers payant pharmaceutique « Sécurité sociale » et que vous ne présentez pas votre carte tiers payant, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien. Dans ce cas, votre pharmacien doit vous remettre une facture acquittée que vous transmettez à votre centre de gestion pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé en établissement conventionné (uniquement), le centre de gestion vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base de la garantie souscrite. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

Votre demande de prise en charge doit être effectuée au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée dans l'établissement conventionné.

Plusieurs possibilités vous sont offertes :

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

En matière d'optique

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

Vous pouvez connaître les opticiens agréés :

- en vous **connectant** à votre espace client sur : www.artvie-sante.fr ;
- ou par **téléphone** au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

En cas de pose d'une prothèse dentaire

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est **préférable** de faire établir un devis par votre chirurgien-dentiste. Ce dernier l'adresse au centre de gestion. En retour, il reçoit un courrier mentionnant le montant de l'intervention l'organisme assureur sur chaque acte dentaire. Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

Réseau itelis

Vous pouvez bénéficier du réseau Itelis dans certains domaines comme l'optique et l'audioprothèse ; les services sont disponibles sur le site internet : www.itelis.fr/particulier-offre-info

Vous pouvez également consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile Ma Santé téléchargeable sur : www.ag2rmondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de base de remboursement. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à la respecter.

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

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

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

Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre

d'une hospitalisation varient selon que l'établissement est conventionné ou non. Dans un établissement de santé privé non conventionné, les frais à la charge du patient sont plus importants.

Médecin traitant et correspondant

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

Parcours de soins coordonnés

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

Médecins non conventionnés

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

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

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

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

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



Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par le régime général de la Sécurité sociale).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne. La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par votre complémentaire santé.

Franchise

C'est une somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par le régime général de la Sécurité sociale).

Son montant est de :

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

Qu'est-ce que le 100 % santé ?

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

Pourquoi une telle mesure ?

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

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

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

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

En quoi consiste cette réforme ?

Cette mesure donne accès à des « paniers » de soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé (ou mutuelles). Pour cela, les bases de remboursement de la Sécurité sociale évoluent progressivement et des prix limites de vente (PLV) sont mis en place, que les professionnels de santé concernés ont l'obligation de respecter.

Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé responsable* (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), vous pouvez bénéficier des offres de soins « 100 % santé ». Celles-ci sont incluses dans les obligations de votre complémentaire et doivent vous être systématiquement proposées par votre opticien, votre audioprothésiste ou votre dentiste, quels qu'ils soient, partout en France. Votre liberté de choix est néanmoins préservée puisque vous conservez à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

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

Ce qui change en optique

- Votre opticien doit vous proposer une gamme constituée d'au moins

17 montures adultes et 10 montures enfants en 2 coloris différents, à moins de 30 €.

- Les verres corrigent l'ensemble des troubles visuels et comportent des traitements obligatoires (amincissement, anti-rayures et anti-reflet).
- Vous avez la possibilité de « panacher » l'offre (c'est-à-dire opter pour des verres sans reste à charge et une monture à tarif libre).

Ce qui change en dentaire

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

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

Ce qui change en audiologie

Les équipements proposés dans ce panier sont de qualité, en termes d'esthétique (dispositifs intra-auriculaires...) mais aussi de performance technique (12 canaux de réglage, amplification sonore d'au moins 30 décibels, système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, etc.) La base de remboursement des aides auditives par l'assurance maladie obligatoire est doublée (jusqu'à 400 €/oreille).

Quand peut-on bénéficier du 100 % santé ?

La réforme se déploie par étape, suivant un calendrier différent selon les secteurs.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les restes à charge des assurés diminuent progressivement, jusqu'au remboursement total à compter du 1^{er} janvier 2021.

Pour tout renseignement

Pour toute information, n'hésitez pas, contactez-nous :

- AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion
32 avenue Emile Zola
59370 MONS-EN-BARCEUL
0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

Site internet

- www.artvie-sante.fr est le site dédié à votre régime frais de santé.

En vous abonnant gratuitement, vous pouvez recevoir vos décomptes sous format électronique directement dans votre messagerie ou consulter en ligne vos décomptes.

Mes services

Découvrez notre application mobile « ma santé »

L'application mobile « Ma Santé » a été conçue pour vous aider à bénéficier du tiers payant.

Localisez les pharmaciens, médecins, dentistes, opticiens et autres professionnels de santé qui acceptent votre carte de tiers payant autour de vous.

Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

L'application mobile « ma santé » en détail

Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

- Saisissez votre identifiant (même identifiant que votre espace client) pour accéder aux fonctionnalités de l'application.
- Géolocalisez-vous ou renseignez l'adresse de votre choix. Vous aurez ensuite accès aux professionnels de santé (pharmaciens, médecins

généralistes, dentistes, opticiens...) conventionnés auprès de votre réseau de tiers payant, les plus proches de vous ou de l'adresse renseignée.

- Affichez ensuite votre carte de tiers payant dématérialisée. Grâce à l'application « Ma Santé », votre carte est toujours à jour, et à portée de main ! C'est l'assurance de bénéficier du tiers payant, même en cas d'oubli de votre carte papier !

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2ramondiale.fr/connexion/

Les autres services santé

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- **demander** en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol) : en cas de perte de votre carte de tiers payant, ou si vous souhaitez obtenir un duplicata de votre carte pour un membre de votre famille, vous pouvez effectuer une demande de réédition de votre carte depuis votre espace client AG2R LA MONDIALE. Un service simple, gratuit et rapide !
- **Localiser** un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant près de chez vous : avec notre Groupe, vous bénéficiez d'avantages

négociés auprès de nos opticiens et de nos audioprothésistes partenaires. Choisir AG2R LA MONDIALE, c'est choisir un groupe qui vous propose une gamme complète de services pour votre santé à des prix adaptés à votre budget.

- **Recevoir** une alerte remboursement santé par e-mail : avec le service de suivi des remboursements santé, recevez une alerte par e-mail lorsqu'un remboursement est effectué sur votre compte bancaire. Un service gratuit, disponible 7j/7, 24h/24.

Découvrez notre application mobile « service client »

Nous vous proposons un service de relation client mobile « Service Client », avec des réponses aux questions les plus fréquentes (FAQ), les numéros de téléphone des différents services et des indications sur la disponibilité des centres de relation client.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2ramondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html

La foire aux questions (FAQ)

La foire aux questions propose des réponses qualifiées aux demandes les plus fréquentes que vous pouvez formuler sur un thème donné. Vous pouvez ainsi trouver directement sur votre téléphone mobile la réponse que vous cherchez sans devoir contacter votre service client.

Les numéros de service client

Les numéros de téléphone de l'ensemble des services de relation client sont préprogrammés et disponible dans l'application. Vous n'avez plus à chercher ces numéros dans vos dossiers.

La disponibilité du service client

L'application mentionne pour chaque numéro de téléphone les plages horaires d'ouverture des services. Elle mentionne également à titre indicatif les meilleures périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps. Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

Nouveauté : faites-vous rappeler !

Ne perdez plus de temps, soyez rappelé au numéro de votre choix dès qu'un conseiller est disponible.

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2ramondiale.fr/connexion/

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers, une gamme étendue de solutions en protection sociale

Santé

Complémentaire santé
Surcomplémentaire santé

Prévoyance

Garantie prévoyance individuelle
Garantie accident
Garantie obsèques
Assurances perte d'autonomie
Aide aux aidants

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Autres produits

Santé animaux
Crédit
Tourisme
Pleine Vie
Protection juridique

AG2R LA MONDIALE

14/16 bd Malesherbes
75008 PARIS
Tél. : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr

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
- 75379 PARIS CEDEX 08 - Siren 333 232 270