



AG2R LA MONDIALE

Santé



Notice d'information

Convention collective nationale
de l'Import- export et du
commerce international
[3100]

Ensemble du personnel
Garanties au 1^{er} janvier 2024

Important

Informations à compléter par le souscripteur (l'employeur) avant remise de la notice d'information au salarié

Régime « ESSENTIEL »

Régime « CONFORT »

Régime « SUMMUM »

Régime « OPTIMUM »

Sommaire

Présentation.....	4
Généralités.....	5
Article 1 - Objet de la notice d'information.....	5
Article 2 - Affiliation des participants et des ayants droit.....	5
Article 3 - Recours contre les tiers responsables - Litiges judiciaires	7
Article 5 – Informatique et libertés - Lutte contre la fraude	8
Article 6 – Prescription.....	9
Article 6 – Contrôle	10
Garanties santé.....	11
Article 7 - Garanties	11
Article 8 - Suspension des garanties	11
Article 9 - Maintien des garanties	11
Article 10 - Cessation des garanties.....	14
Article 11 - Limites des garanties - Exclusions.....	14
Article 12 - Plafond des remboursements	16
Article 13 - Règlement des prestations	16
Article 14 - Tiers payant.....	18
Article 15 - Cotisations.....	18
Article 16 - Renseignements - Réclamation - Médiation	19
Annexe 1 – Tableaux de garanties	20
Régime Essentiel.....	20
Régime Confort	25
Régime Summum.....	31
Régime Optimum.....	37
Annexe 2 – Coordonnées des organismes assureurs	43
Annexe 3 - Échanges dématérialisés auprès d'AG2R Prévoyance	44

Présentation

Votre entreprise, relevant de la **Convention collective nationale de l'Import - export et du commerce international** (JO n°3100), a mis en place un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel.

Ce régime a pour objet de garantir le remboursement complémentaire de frais de soins de santé dans le cadre d'une coassurance de risques. Les organismes co-assureurs sont :

- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, tiers payant d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris – Siren 333 232 270.
- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte, 75009 Paris, N° Siren 775 691 181.

Les organismes co-assureurs relèvent de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Les organismes co-assureurs sont dénommés, dans la présente notice, « l'organisme assureur ».

Il est proposé au choix de l'entreprise la souscription, pour l'ensemble du personnel, 4 régimes distincts :

- le régime « ESSENTIEL »
- le régime « CONFORT »
- le régime « SUMMUM »
- le régime « OPTIMUM »

Le choix du régime retenu est effectué par l'adhérent au moment de la souscription et figure aux Conditions particulières et/ou au contrat d'adhésion. Le détail de chaque régime figure en Annexe 1 de la présente notice d'information.

La notice d'information est réalisée pour aider le salarié (dénommé « le participant » dans la présente notice) à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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

Généralités

Article 1 - Objet de la notice d'information

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties souscrites, ainsi que les modalités d'affiliation des participants, et de leurs éventuels ayants droit, au régime de remboursement complémentaire collectif obligatoire des frais de santé établi au sein de la Convention collective nationale de l'import-export et du commerce international, et souscrit par l'entreprise entre l'un des 4 régimes suivants :

- le régime « ESSENTIEL »
- le régime « CONFORT »
- le régime « SUMMUM »
- le régime « OPTIMUM »

A cet effet, la présente notice d'information reprend les dispositions des Conditions générales du régime, qui ont été établies conformément aux dispositions prévues par le Contrat National de référence (tel que dernièrement modifié par l'avenant n° 5 du 25.02.2022 à effet du 01.04.2022) et négocié par les partenaires sociaux de la Convention collective import-export, conformément à l'accord du 23 janvier 2012.

Article 2 - Affiliation des participants et des ayants droit

Affiliation des participants

Sous réserve d'application des dispenses d'affiliation, l'entreprise doit affilier obligatoirement l'ensemble des participants sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle).

Doivent ainsi être affiliés les participants dont le contrat de travail est en vigueur, ainsi que ceux dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'un maintien de garantie (voir article 9).

Peuvent également être affiliés les anciens salariés de l'adhérent bénéficiant d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité.

Dispense d'affiliation

Le cas échéant, certains participants pourront bénéficier d'une dispense d'affiliation dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur (nonobstant les dispositions relatives à l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et les dispositions relatives aux cas de dispenses de droit au sens de l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application, les cas de dispenses doivent être expressément mentionnés par l'acte juridique définissant le régime).

Les participants peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime frais de santé. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

En tout état de cause, ces participants sont tenus de cotiser et d'être affiliés au régime de remboursement de frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Chaque participant dûment affilié dans les formes prévues ci-après bénéficiera du régime de remboursement complémentaire des frais de santé.

Tant qu'il est en vigueur, aucun participant bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le présent régime.

Formalités d'affiliation des participants

L'affiliation des participants se fait par le biais de la DSN.

Si les données nécessaires à l'affiliation (notamment la couverture des ayants droit) ne sont pas transmises par ce biais, l'affiliation est effectuée au moyen du bulletin d'affiliation individuel fourni par l'organisme assureur ou selon les modalités d'affiliation mises à disposition par ce dernier.

Lorsqu'elle est prévue par l'organisme assureur, l'affiliation peut être effectuée par extranet.

Chaque participant devra compléter et signer ce bulletin lorsqu'il lui est remis par son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise sur le bulletin d'affiliation individuel). Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires concernant le participant (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale ...) et le cas échéant, ses ayants droit.

Le participant donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur (procédure Noémie).

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

L'entreprise doit retourner à l'organisme assureur les bulletins d'affiliation, accompagnés des pièces justificatives correspondantes, au plus tard dans les 30 jours qui suivent la prise d'effet de l'affiliation.

Date d'effet et cessation de l'affiliation

L'affiliation des participants a lieu :

- au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, pour tous les participants dont le contrat de travail est en cours à cette même date,
- à la date d'entrée dans l'effectif de l'entreprise, pour tous les participants entrant dans la catégorie de personnel prévue au contrat et dont le contrat de travail prend effet postérieurement à l'adhésion de l'entreprise.
- lorsque le participant n'est plus en situation de bénéficiaire de l'un des cas de dispense d'affiliation dans les conditions définies ci-avant.

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque participant comme suit :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie assurée,
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 9,
- à la date de rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 9 et à l'article 10,
- à la date d'effet de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date de son décès.

Affiliation des ayants droit

Moyennant paiement de la cotisation « famille » prévue au contrat, les ayants droit du participant bénéficient également de la couverture de frais de soins de santé.

Les ayants droit du participant concernés par le présent article sont définis de la manière suivante :

- son conjoint (salarié ou non),
- son concubin au sens de l'article 515-8 du code civil (salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou non avec le participant. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un PACS avec le participant, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par l'officier d'état civil ou le notaire. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un PACS, 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 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).
- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - Les enfants de moins de 18 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
 - Les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir :

- les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible ou 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 :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
 - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
 - bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

Formalités d'adhésion des ayants droit

Les ayants droit sont admis à l'assurance par le biais de la DSN ou à défaut au moyen du bulletin d'affiliation préalablement renseigné et signé par le participant, transmis à l'organisme assureur ou selon les modalités d'affiliation mises à disposition par ce dernier.

Lorsqu'elle est prévue par l'organisme assureur, l'affiliation peut être effectuée par extranet.

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

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

- s'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille,
- s'agissant du partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) : la photocopie dudit PACS,
- s'agissant du concubin : 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 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun),
- s'agissant des enfants : le justificatif de scolarité ou la copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat en alternance, d'apprentissage ou de professionnalisation ou l'attestation d'inscription au Pôle emploi,
- s'agissant des enfants infirmes et ce quel que soit leur âge : la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », la notification d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Pour les ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale, la photocopie de l'attestation papier d'assuré social du participant qui accompagne la carte VITALE, préalablement transmise par le participant lors de son affiliation, est suffisante.

Date d'effet et cessation de l'adhésion des ayants droit

Les ayants droit bénéficient du régime de remboursement complémentaire des frais de santé au plus tôt, à la même date d'affiliation que le participant lorsqu'ils ont cette qualité à cette date sinon à la date à laquelle ils acquièrent la qualité d'ayant droit ainsi qu'à la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'affiliation.

La couverture complémentaire des frais de santé prend fin à la date à laquelle l'ayant droit perd cette qualité et en tout état de cause, le jour où le participant cesse de bénéficier du régime.

Article 3 - Recours contre les tiers responsables - Litiges judiciaires

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

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'organisme assureur doit être informé par le participant ou ses ayants droit.

Tout litige judiciaire relatif aux adhésions et aux prestations, entre l'adhérent et/ou le participant et l'organisme assureur, est, de convention expresse entre les parties au contrat, porté à la connaissance des juridictions compétentes définies selon la réglementation en vigueur.

Article 5 – Informatique et libertés - Lutte contre la fraude

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'organisme assureur mentionné à l'Annexe « Coordonnées des organismes assureurs ».

1. Les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe de l'organisme assureur ;
- la gestion des avis du participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le participant et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non réidentification du participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition au participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et des bénéficiaires.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'organisme assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») du participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'organisme assureur dont le personnel est

en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et co-assureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'organisme assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le participant et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent

- (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de Sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du participant et des bénéficiaires et
- (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée à l'annexe « Coordonnées de organismes assureurs ».

En cas de réclamation relative à la protection des données, le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Article 6 – Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'employeur, du participant, 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 participant, 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 de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'organisme assureur adresse à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que le participant ou ses ayants droit adresse(nt) à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 6 – Contrôle

Contrôle des données

Les déclarations faites, tant par l'adhérent que par le participant, servent de base à la garantie.

L'organisme assureur se réserve, toutefois, la possibilité de vérifier les données communiquées et/ou les documents produits par l'adhérent ou le participant, tant à l'occasion de l'adhésion de l'entreprise, de l'affiliation du participant voire des ayants droit, du versement des cotisations qu'au moment de l'ouverture des droits à prestations.

Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout bénéficiaire demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

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

Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, le participant devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, désigné par le président du tribunal compétent de la résidence du participant, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Garanties santé

Article 7 - Garanties

Actes et frais garantis

Sont couverts, 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 régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties en annexe des Conditions générales, selon la formule souscrite par l'entreprise.

Les niveaux d'indemnisation mentionnés dans le tableau des garanties repris **en annexe** s'entendent y compris les prestations du régime de base de la Sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Maternité – adoption

Les garanties « maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

L'organisme assureur peut verser lorsque la garantie est prévue au régime souscrit, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'évènement.

Le forfait maternité du participant 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.

Article 8 - Suspension des garanties

Sauf dans le cadre du maintien des garanties prévu à l'article 9 (en cas de suspension du contrat de travail indemnisée d'une part et d'autre part en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée lorsque le participant a opté pour le maintien de la couverture complémentaire de frais de santé), le bénéfice des garanties du présent régime est suspendu de plein droit pour les participants dont le contrat de travail est suspendu (et par extension au profit de leurs éventuels ayants droit). Dans ce cas, aucune cotisation n'est due pendant cette période au titre du participant concerné (et de ses ayants droit éventuels).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie assurée, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le participant (et ses ayants droit éventuels) sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Article 9 - Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail indemnisée :

Le régime et les cotisations patronales et salariales seront maintenus dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont relève le participant :

- en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident de la vie privée, congé maternité, adoption ou paternité ;
- en cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;

- et en tout état de cause en cas de suspension du contrat de travail lorsque le participant bénéficie au titre de cette période :
 - - soit d'un maintien de salaire total ou partiel de l'employeur ;
 - - soit du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.
 - - soit d'une revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
- d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
- ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...).

Suspension du contrat de travail non indemnisée :

Dans les cas de suspension du contrat de travail autres que ceux visés au paragraphe précédent, la couverture pourra être maintenue à la demande du participant sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation (part patronale + part salariale).

L'employeur doit informer le participant par écrit de la possibilité de maintenir les garanties.

Dans ce cas la cotisation définie, à la charge exclusive du participant, doit être versée directement à l'organisme assureur. La cotisation est payable mensuellement à terme échu par le participant selon les modalités fixées par l'organisme assureur (notamment par prélèvements bancaires).

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

- à la date de fin du congé ou de l'absence,
- en cas de rupture du contrat de travail du participant, sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de cessation des garanties.

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

Les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives de frais de santé à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

Date d'effet

Les dispositions du présent article prennent effet à la date d'effet du contrat. Elles s'appliquent à toutes les cessations de contrat de travail survenant à cette date ou postérieurement.

Participants

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à l'ensemble du personnel bénéficiaire des garanties.

Ils bénéficient du maintien des garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime frais de santé souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Bénéficiaires

Lorsque les ayants droit des anciens salariés étaient garantis au titre du contrat frais de santé, ils conservent la qualité de bénéficiaires des garanties pendant la durée d'application du dispositif de portabilité applicable au participant.

Durée – Limites

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur selon les formalités de déclaration définies ci-après et pendant une durée maximale égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non renouvellement ou résiliation du contrat collectif frais de santé.

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

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente et/ou le participant doit :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de tiers payant (cartes Santé) en cours de validité dans le cas où elles auraient été remises en format papier.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

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

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

Garanties

Les participants bénéficient des garanties frais de santé du présent régime applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des participants en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Paiement des prestations

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

Cotisations

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des participants en activité (part patronale et part salariale).

Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les participants en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Article 10 - Cessation des garanties

Pour tout participant, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 9 de la présente notice, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et du décret n° 2017-372 du 21.03.2017, l'organisme assureur maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre du dispositif de portabilité. L'organisme assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture dans le cadre de l'article 4 Loi Évin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la portabilité, ceci sous réserve que l'entreprise l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif.
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter du décès.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux bénéficiaires visés par le présent article sont définis dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur.

Le maintien des garanties est offert aux anciens salariés et ayants droit d'assurés décédés qui étaient assurés au titre du présent régime auprès de l'organisme assureur à la date de la cessation de leur affiliation à ce régime.

Article 11 - Limites des garanties - Exclusions

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

Exclusions

Sauf indication contraire figurant au résumé des garanties, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ;
- relatifs à des actes 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 ;
- engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celle-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 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;

- engagés hors de France (si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le participant est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties souscrites).

L'organisme assureur ne prendra pas en charge les soins indemnifiés au titre :

- de la législation sur les pensions militaires ;
- 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 ;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique ;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

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

Limites des garanties

Pour les frais consécutifs à des actes soumis à entente préalable du régime de base obligatoire, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services du régime de base obligatoire, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs 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 consécutifs 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 le régime de base obligatoire.

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 sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité 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 indemnisations 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 le participant, 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'intéressé. 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 base obligatoire.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le participant 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.

Article 12 - Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'assureur ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. 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 le présent régime.

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

Pour les prestations exprimées en forfait annuel, tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

Article 13 - Règlement des prestations

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

Les prestations sont remboursées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission avec la Sécurité sociale), sauf opposition écrite du bénéficiaire,
- soit, sur présentation du décompte original établi par la Sécurité sociale. à défaut de télétransmission par les organismes de base, sur présentation :
 - des décomptes de règlement de la Sécurité sociale pour les actes remboursés par le régime obligatoire.
 - des décomptes de règlement de l'intervention d'un autre organisme complémentaire le cas échéant.
 - d'une attestation de radiation ou de non prise en charge pour les décomptes de règlement faisant référence à la télétransmission vers un autre organisme complémentaire que l'organisme assureur.

Les prestations sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé pour les assurés ayant bénéficié de la télétransmission NOEMIE.

Dans le cadre de l'échange NOEMIE avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'assuré, aucune démarche particulière n'est à effectuer. Toutefois, le remboursement de certains actes énoncés ci-après est conditionné à la présentation des factures. Dans ces cas, les justificatifs suivants sont à fournir par l'assuré à l'organisme assureur.

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 produit 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.

Nature des prestations	Pièces justificatives à fournir
Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité	<ul style="list-style-type: none"> – Si absence de prise en charge par échange Noémie et/ou tiers payant : factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. – Bordereau de facturation ou avis des sommes à payer acquittées. – Dans le cas de dépassements d'honoraires, ces derniers sont traités via l'analyse et l'enregistrement de ces documents.
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> – Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> – Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'Etat ⁽¹⁾ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS. ⁽²⁾
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> – Factures originales détaillées et codifiées (nature des actes effectués) et décomptes originaux de la Sécurité sociale.
Optique	<ul style="list-style-type: none"> – Factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale – Cas des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale : copie de l'ordonnance et facture acquittée.
Vaccin anti grippe / pilules et patchs contraceptifs	<ul style="list-style-type: none"> – Prescription ou la copie de l'ordonnance et factures originales détaillées du pharmacien, datées et acquittées.
Maternité-Adoption d'un enfant mineur	<ul style="list-style-type: none"> – Original de l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant ou photocopie de ce document ou du livret de famille délivrée par la mairie et certifiée sincère par l'assuré.
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> – Facture détaillée et acquittée par l'assuré. – Le cas échéant, la prescription médicale. – Le cas échéant, le certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste.
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"> – Factures originales détaillées de l'établissement thermal mentionnant l'ensemble des dépenses, y compris les frais de transport et d'hébergement, et décomptes originaux de la Sécurité sociale.

(1) Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sage-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

(2) RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé.

Les prestations sont servies dans un délai maximum de 48 heures en échange NOEMIE ou de 5 jours ouvrés à réception des décomptes originaux de la Sécurité sociale accompagnés le cas échéant des pièces justificatives. L'organisme assureur peut conformément à la réglementation applicable, dans le cadre de ses prérogatives et finalités de traitement décrites, être amenée à demander au participant, à tout moment, les pièces justificatives suivantes :

- en cas de demande de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique comprenant une monture et/ou des verres avant le délai de droit commun prévu par le cahier des charges du contrat responsable :
 - la nouvelle prescription médicale (verres et/ou monture) ou la prescription médicale initiale (verres et/ou monture) comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue précisant la nouvelle correction ;

- la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
- la prescription médicale des lentilles de correction ;
- la photographie des emballages non ouverts de lentilles de correction ;
- la photocopie de la carte de vue délivrée par l'opticien ;

En cas de détection d'une anomalie, l'organisme assureur se réserve le droit de limiter le remboursement sur la base de l'équipement réellement délivré, non pas sur celui qui aura été facturé.

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

Article 14 - Tiers payant

Chaque participant complète un bulletin d'affiliation si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.

Il lui est remis une carte Santé permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale. Cette carte peut être remise de façon dématérialisée.

Cette carte mentionne le cas échéant les garanties couvertes en tiers payant par le contrat.

Cette carte Santé reste la propriété de l'organisme assureur.

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

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

Article 15 - Cotisations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet de l'avenant n° 6 au Contrat National de référence.

La cotisation du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est mensuelle et forfaitaire.

La cotisation mensuelle est fonction du choix du régime par l'entreprise au moment de la souscription.

Elle est exprimée en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Régime collectif obligatoire

La répartition de la cotisation entre l'employeur et le participant est la suivante : l'employeur doit, à minima, prendre en charge 50 % de la cotisation.

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

L'entreprise est responsable du paiement des cotisations y compris de la quote-part du participant.

Trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, les garanties sont suspendues, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Maintien des garanties à titre individuel

Dans le cas du maintien facultatif de la couverture Frais de santé demandé par le participant en suspension de contrat de travail non indemnisée, la cotisation est alors prélevée, dans son intégralité, sur le compte bancaire du participant, ce dernier assurant seul le financement de sa couverture. Le prélèvement s'effectue mensuellement à terme échu.

Il en est de même dans le cas où l'ancien salarié a souhaité bénéficier du maintien de sa couverture dans le cadre de la Loi Evin.

En cas de non-paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'organisme assureur adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception à l'assuré défaillant l'informant des conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'organisme assureur informe l'assuré de la cessation automatique de sa garantie et de son exclusion du régime facultatif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations. Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'assuré.

Article 16 - Renseignements - Réclamation - Médiation

L'organisme assureur est à la disposition de l'entreprise et des assurés pour tout renseignement complémentaire ou toute réclamation aux coordonnées figurant à l'annexe « Coordonnées des organismes assureurs ».

En cas de désaccord persistant, les réclamations peuvent être présentées par courrier au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> ».

Annexe 1 – Tableaux de garanties

Régime Essentiel

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

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

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

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

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

FJH : Forfait journalier hospitalier, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation dans un établissement de santé.

FPU : Forfait patient urgence, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (la valeur du PMSS se trouve à l'adresse internet : <https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referance/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes

Niveaux d'indemnisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour	100 % de la BR
Forfait Patient Urgences (FPU) Forfait journalier hospitalier Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
Chambre particulière	40 € par jour ⁽¹⁾
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	30 € par jour

(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

Transport

Postes

Niveaux d'indemnisation

Transport remboursé par la Sécurité sociale

100 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % 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
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
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) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR

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

(2) 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).

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	150 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	150 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	150 % de la BR
– Inlay core	125 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	150 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	150 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	50 % de la BR

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

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

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (de Classe A ou B)	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⁾	Forfait de 50 €
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 4 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 4 % du PMSS 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

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

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

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

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

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

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

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 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	50 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	75 €	75 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €		
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	75 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €	75 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 8	75 €	75 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	75 €	75 €		

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Télé-surveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale	
Télé-surveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	50 € limité à une intervention par année civile

Régime Confort

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

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

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

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

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

FJH : Forfait journalier hospitalier, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation dans un établissement de santé.

FPU : Forfait patient urgence, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

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

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes

Niveaux d'indemnisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour	280 % de la BR
Forfait Patient Urgences (FPU) Forfait journalier hospitalier Forfait actes dits « lourds »	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.	280 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
Chambre particulière	65 € par jour ⁽¹⁾
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	50 € par jour

(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

Transport

Postes

Niveaux d'indemnisation

Transport remboursé par la Sécurité sociale

150 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	195 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	175 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	195 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	175 % 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	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes ⁽¹⁾	30 € par acte limité à 2 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	150 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	150 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	200 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
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) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR

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

(2) 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).

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	350 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	350 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	350 % de la BR
– Inlay core	125 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	350 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	150 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	250 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 500 € par année civile
Orthodontie	250 % de la BR

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	Crédit de 300 € par année civile

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

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

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

Optique

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

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

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

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

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

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 10 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 10 % du PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	500 € par œil et 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

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

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

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

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

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

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 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	95 €	95 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	95 €	95 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	95 €	95 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	95 €	95 €
		SPH > 0 et S > + 6	95 €	95 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	95 €	95 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	95 €		
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	190 €	190 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	190 €	190 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	190 €	190 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S > + 8	190 €	190 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	190 €	190 €		

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR
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	20 % du PMSS

Régime Summum

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

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

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

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

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

FJH : Forfait journalier hospitalier, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation dans un établissement de santé.

FPU : Forfait patient urgence, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

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

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes

Niveaux d'indemnisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour	480 % de la BR
Forfait Patient Urgences (FPU) Forfait journalier hospitalier Forfait actes dits « lourds »	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.	480 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
Chambre particulière	115 € par jour ⁽¹⁾
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	87 € par jour

(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

Transport

Postes

Niveaux d'indemnisation

Transport remboursé par la Sécurité sociale

300 % 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.	300 % 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.	300 % 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.	300 % 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.	300 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes ⁽¹⁾	40 € par acte limité à 3 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	300 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	300 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	500 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
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) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR

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

(2) 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).

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	550 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	550 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	550 % de la BR
– Inlay core	125 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	550 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	400 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 750 € par année civile
Orthodontie	400 % de la BR

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	Crédit de 500 € par année civile

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

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

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

Optique

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

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

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

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

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

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 16 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 16 % du PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	750 € par œil et 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

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

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

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

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

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

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 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	160 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	160 €	160 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	160 €	160 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	160 €	160 €		
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	260 €	260 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	260 €	260 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	260 €	260 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S > + 8	260 €	260 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	260 €	260 €		

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	500 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	20 % du PMSS

Régime Optimum

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

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

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

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

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

FJH : Forfait journalier hospitalier, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation dans un établissement de santé.

FPU : Forfait patient urgence, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

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

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes

Niveaux d'indemnisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour	480 % de la BR
Forfait Patient Urgences (FPU) Forfait journalier hospitalier Forfait actes dits « lourds »	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.	480 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
Chambre particulière	115 € par jour ⁽¹⁾
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	87 € par jour

(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

Transport

Postes

Niveaux d'indemnisation

Transport remboursé par la Sécurité sociale

300 % 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.	300 % 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.	300 % 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.	300 % 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.	300 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes ⁽¹⁾	100 € par acte limité à 3 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	300 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	300 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	500 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
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) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR

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

(2) 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).

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	650 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	650 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	650 % de la BR
– Inlay core	125 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	650 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	550 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Forfait de 1000 € par implant (maximum 2 implants par an)
Parodontologie	Crédit de 500 € par année civile

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Orthodontie	550 % de la BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	Crédit de 600 € par année civile

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

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

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (de Classe A ou B)	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⁾	Forfait de 100 €
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 25 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 25 % du PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	850 € par œil et 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

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

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

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

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

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

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

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⁾	160 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	160 €	160 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	160 €	160 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	160 €	160 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	300 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	300 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	300 €	300 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	500 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	20 % du PMSS

Annexe 2 – Coordonnées des organismes assureurs

ORGANISMES ASSUREURS	RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT AUPRES DE L'ORGANISME ASSUREUR
<p>Malakoff Humanis Prévoyance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pour l'employeur Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com • pour le Participant : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • Soit par lettre ou tout autre support durable ; • Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • Soit par acte extrajudiciaire ; • Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion du contrat ou l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. • Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.
<p>AG2R Prévoyance</p>	<p>Demande de renseignements : Auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) : pour les entreprises au 09 72 67 22 22, pour les particuliers au 09 69 32 20 00.</p> <p>Réclamation : Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'organisme assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat [le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s)-droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par internet sur le site internet de l'organisme assureur : www.ag2ramondiale.fr ; - Via l'espace client ; - Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX - Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22 pour les entreprises, 09 69 32 20 00 pour les particuliers. <p>Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai. L'organisme assureur s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.</p>	<p>Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'organisme assureur, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/; - Par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale 10, Rue Cambacérés 75008 Paris <p>Ce recours est gratuit. Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'organisme assureur. Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • par 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@ag2ramondiale.fr. 	<p>Résiliation annuelle ou infra-annuelle du contrat collectif par le souscripteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'espace client via le site www.ag2ramondiale.fr; • Soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'Institution et, disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr; • Soit par lettre ou tout autre support durable (notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2ramondiale.fr) ; • Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution ; • Soit par acte extrajudiciaire.

Annexe 3 - Échanges dématérialisés auprès d'AG2R Prévoyance

Définition

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

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

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

Il appartient au participant d'aviser immédiatement l'organisme assureur de tout changement d'adresse électronique.

Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

Lorsque l'organisme assureur souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du participant.

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

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

Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par l'organisme assureur

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

Le participant déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'organisme assureur sur support électronique sur le site internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'organisme assureur.

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

Le participant peut à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

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

Droit d'opposition du participant

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

ESPACE CLIENT DE L'ADHÉRENT

Chaque entreprise adhérente éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet du Groupe AG2R LA MONDIALE

(<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) auquel elle accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux

indications mentionnées dans le contrat.

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

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

ESPACE CLIENT DU PARTICIPANT

Chaque participant éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet du Groupe AG2R LA MONDIALE

(<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) auquel il accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux indications

mentionnées dans la notice d'information du contrat.

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

permettant notamment :

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



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

Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la Sécurité sociale. Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181



CG (01/01/24) – Décembre 2023 - Pole contrat Chartres