



AG2R LA MONDIALE

Santé

CCN de la Métallurgie [IDCC 3248]

Régime socle et régime surcomplémentaire
« Option 2 » obligatoires pour le
participant et facultatif pour ses
ayants droit

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2023

Ensemble du personnel

Sommaire

Présentation	5
Régime Frais de santé	6
Régime socle.....	6
Objet des garanties	16
Actes et frais garantis.....	16
Bénéficiaires des garanties	16
Début des garanties	16
Suspension des garanties	17
Cessation des garanties	17
Maintien des garanties	18
Cotisations.....	20
Dispositions générales	21
Exclusions	21
Limites des garanties	22
Plafond des remboursements	23
Recours contre les tiers responsables	23
Prescription.....	23
Réclamations - médiation.....	24
Protection des données à caractère personnel.....	24
Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – mesures restrictives et sanctions internationales	25
Degré élevé de solidarité.....	26
Autorité de contrôle	26
Modalités de gestion	27
Affiliation.....	27
Les remboursements.....	27
Échanges dématérialisés	29
Quelques informations utiles	31
Mes services	35
Découvrez notre application mobile « service client »	35
Découvrez notre application mobile « Ma santé »	35
La demande de remboursement de soins devient digitale	36
Annexe 1 – Extension aux ayants droit	37
Objet des garanties	37
Bénéficiaires des garanties	37
Affiliation	37
Cessation des garanties.....	38
Annexe 2 – Maintien des garanties au titre de la Loi Évin.....	39
Annexe 3 – Dispositions communes aux ayants droits et aux Loi Evin	40
Cotisations.....	40
Indexation	40
Résiliations individuelles	40

Adhésion à distance	41
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	42
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers	44

Présentation

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale (visée en 1^{ère} page) dont relève l'entreprise adhérente ont décidé de mettre en place un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel, y compris les représentants de commerce relevant du statut légal des VRP défini par les articles L 7311-1 et suivants du Code du travail et les travailleurs à domicile définis par les articles L 7411- 1 du Code du travail.

Ces garanties comprennent :

–un **régime socle + régime surcomplémentaire « option 2 » obligatoires** pour le participant et facultatif pour ses ayants droit.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE.

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.

Régime Frais de santé

Régime socle

Garanties

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.

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-referenc/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
Chambre particulière (y compris en ambulatoire)		2 % du PMSS par jour	
Forfait patient urgence		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 17 ans (sur présentation d'un justificatif)		1.5 % PMSS	

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

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
► non remboursés SS		
Chiropractie, Ostéopathie, Psychomotricité, Étiopathie, Acupuncture, Tabacologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS ou pour les étiopathes, par un professionnel diplômé admis au registre national des étiopathes et/ou sur présentation des pièces requises)	40€ dans la limite de 4 séances par année civile	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	
Psychologues (actes remboursés SS)	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR	
Forfait actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :		
► remboursés SS		
		100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		
		100 % BR
► non remboursée SS		
Sevrage tabagique (substitut nicotinique)	Crédit de 1,5 % PMSS par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	200 % BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (***)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	200 % BR (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	200 % BR (**) (sans pouvoir dépasser 1700 € RSS inclus)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100 % BR	

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

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

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

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

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

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	225 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	225 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	225 % BR	
Inlay core	225 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention (y compris la parodontologie remboursée SS)	125 % BR	

Autres actes dentaires remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	225 % BR

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

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)		
Equipements de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements de classe A : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***)		
Equipements (Adulte – Enfant) dont 100 € maximum pour la monture :		
▶ Monture + 2 verres simples (**)	250 €	
▶ Monture + 2 verres complexes (**)	350 €	
▶ Monture + 2 verres très complexes (**)	450 €	
▶ Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe (**)	300 €	
▶ Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe (**)	350 €	
▶ Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe (**)	400 €	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 200 € par année civile (avec un minimum de 100 % BR)	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200 € par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

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

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

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

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

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

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

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

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

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

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

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

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

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

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

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	150 €
Télésurveillance médicale	
Actes de télésurveillance remboursés SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Assistance	Protocole n° 922816

Régime surcomplémentaire « Option 2 »

Abréviations :

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

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

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

€ : Euro

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

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime socle, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+ 100 % BR	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 85 % BR + 70 % BR	
Chambre particulière (y compris en ambulatoire)		+ 0.5 % PMSS par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 17 ans (sur présentation d'un justificatif)		+ 0.5 % PMSS	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 85 % BR + 65 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 70 % BR + 70 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 85 % BR + 70 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 30 % BR + 30 % BR	

► non remboursés SS	
Chiropractie, Ostéopathie, Psychomotricité, Étiopathie, Acupuncture, Tabacologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS ou pour les étiopathes, par un professionnel diplômé admis au registre national des étiopathes et/ou sur présentation des pièces requises)	+ 65 € dans la limite de 4 séances par année civile
Pharmacie (hors médicaments) :	
► non remboursée SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % des Frais réels
Sevrage tabagique (substitut nicotinique)	Crédit de + 2.5 % PMSS par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ 100% BR + Crédit de 600 € par année civile

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	900 € (**)	

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

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime socle et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(**) 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).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
► Panier maîtrisé (*)-		
Inlay, onlay	+ 175 % BR dans la limite des HLF (***)	
Inlay core	+ 175 % BR dans la limite des HLF (***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 175 % BR dans la limite des HLF (***)	
► Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+ 75 % BR	
Inlay core	+ 75 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 175 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 75 % BR	

Actes dentaires non remboursés SS	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	410 % BRR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant y compris le pilier)	Forfait de 500 € par implant dans la limite de 2 implants par année civile
Orthodontie	400 % BRR

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

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

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime socle et le présent régime (ainsi que

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*)		
Equipements (Adulte – Enfant) :		
► Monture + 2 verres simples (**)		+ 100 € (***)
► Monture + 2 verres complexes (**)		+ 100 € (***)
► Monture + 2 verres très complexes (**)		+ 100 € (***)
► Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe (**)		+ 100 € (***)
► Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe (**)		+ 100 € (***)
► Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe (**)		+ 100 € (***)
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS		Crédit de +150 € par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)		Crédit de +80 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Forfait de 400 € par œil

(*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Dans ce cas, la prise en charge au titre du présent régime de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B cumulé du régime socle et du présent régime correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A et des prestations versées au titre de la monture de classe B dans le cadre du régime socle, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A et des prestations versées au titre des verres de classe B dans le cadre du régime socle, pour les verres de classe B.

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

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

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

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

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

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

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

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

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

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

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

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

(***) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 €.

Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable (dont celui de 100 € pour la monture) tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime socle et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	Crédit de 350 € par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 400 €

Objet des garanties

Le régime a pour objet de verser des prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Actes et frais garantis

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

Maternité – adoption

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

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

Bénéficiaires des garanties

– le participant, assuré social, salarié de l'entreprise ;

[Les ayants droits pourront être affiliés de manière facultative \(voir annexe 1\).](#)

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

Début des garanties

- au plus tôt, à la date d'effet du contrat d'adhésion, pour les participants dont le contrat de travail est en cours à cette même date ;
- à la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion ;
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assuré, si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion ;
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions permettant de bénéficier d'une dispense d'affiliation au régime.

Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent en effet être dispensés d'affiliation au présent régime certains salariés, dans le respect des conditions prévues par l'acte juridique interne de l'entreprise mis en place conformément à l'article L 911-1 du code de la Sécurité sociale (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur) et selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Ces dispenses d'affiliation prévues ne peuvent en aucun cas être imposées par l'entreprise. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime de frais de soins de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Le respect de la mise en œuvre des dispenses d'affiliation (vérification des motifs, justificatifs...) relève notamment de la responsabilité de l'entreprise. L'organisme assureur ne saurait être garant de la conformité de leur mise en œuvre eu égard aux dispositions légales et réglementaires en vigueur et à celles prévues par le régime de protection sociale complémentaire de frais de soins de santé institué dans la Convention collective nationale de la Métallurgie applicable à l'entreprise.

Tant que le contrat d'adhésion est en vigueur, aucun salarié bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le présent régime.

Suspension des garanties

Pour tout participant (et ses éventuels ayants droit) le droit à garanties au titre du régime socle et du régime surcomplémentaire est ouvert pour tout évènement survenant pendant la durée de son contrat de travail au sein de l'entreprise adhérente.

Cependant, et sauf dans le cadre du maintien des garanties précisé ci-après, le bénéfice des garanties 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 sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informée de la reprise effective du travail.

Cessation des garanties

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations ;
- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du participant, sous réserve des dispositions de maintien prévues en cas de portabilité des droits (dans ce cas la garantie cesse d'être accordée le dernier jour du mois au cours duquel prend fin la période de portabilité) et en cas de maintien dit « Loi Evin » ;
- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du participant (sauf s'il bénéficie d'un dispositif de cumul emploi-retraite) et sous réserve des dispositions en cas de maintien dit « Loi Evin » ;
- au décès du participant, sous réserve des dispositions de maintien prévues pour les ayants droit du participant décédé ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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

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

Contrat collectif obligatoire

Le contrat d'adhésion souscrit par l'entreprise auprès de AG2R Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun participant ne peut résilier son affiliation aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Avec indemnisation

Les garanties du régime socle et du régime surcomplémentaire sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.
- soit d'un 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...).

Le maintien des garanties tel qu'évoqué ci-dessus s'applique également le cas échéant aux ayants droit du participant, moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Le maintien des garanties tel qu'évoqué ci-dessus s'applique également le cas échéant aux ayants droit du participant, moyennant le paiement de la cotisation correspondante. Le participant dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime.

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

Sans indemnisation

Les garanties du régime socle et du régime surcomplémentaire peuvent être maintenues au participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficie pas d'un maintien de salaire partiel ou total de l'employeur, ni d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Sont notamment visés les cas de suspension suivants : congé sabbatique, congé parental d'éducation total, congé sans solde ...

Le maintien des garanties tel qu'évoqué ci-dessus s'applique également le cas échéant aux ayants droit du participant, moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Le maintien des garanties au profit du participant s'effectue selon les modalités suivantes :

- pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, les garanties sont maintenues sur cette période dès lors que la cotisation totale (part patronale et salariale) a été réglée pour le mois au cours duquel est intervenu la suspension (aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant) ;
- au-delà de la période ci-dessus, le participant peut demander à titre individuel et facultatif auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier du présent régime pendant la durée du congé restant. Dans ce cas, la cotisation totale (part patronale et salariale prévue pour le personnel en activité) est à la charge exclusive du salarié. Celui-ci doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur. La cotisation est payable mensuellement à terme échu par le participant.

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

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

En cas de suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties du régime socle et du régime surcomplémentaire sont maintenues, au profit des participants dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière, moyennant le paiement des cotisations.

Les modalités de financement de ce maintien sont assurées dans les mêmes conditions que pour les participants en activité.

Le maintien des garanties tel qu'évoqué ci-dessus s'applique également le cas échéant aux ayants droit du participant, moyennant la poursuite du paiement des cotisations correspondantes.

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

Les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'adhésion, bénéficient du maintien de ces garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime frais de santé 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 indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Les participants bénéficiant du dispositif de portabilité bénéficient des garanties en frais de santé du contrat d'adhésion 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

Durée/Limites

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

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 indûment sera mise en œuvre.

Formalités de déclaration

L'employeur et/ou le participant doivent :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail du participant ;
- 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 du participant, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de Tiers Payant en cours de validité. Une nouvelle carte de Tiers Payant sera remise au participant pour la période de maintien des droits au titre de la portabilité.

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

En cas de cessation des garanties

Le participant a la possibilité, ainsi que ses bénéficiaires, d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent lui être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité.

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

Cotisations

Assiette des cotisations

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

La tarification du contrat d'adhésion est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature de la Convention collective nationale de la Métallurgie du 07.02.2022 (modifiée en dernier lieu par l'avenant du 01.07.2022).

La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes.

Paiement des cotisations

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

Dispositions générales

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 de soins :

- engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
- déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
- engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le bénéficiaire 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 française et selon les garanties prévues au contrat,
- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau des garanties repris en Annexe I,
- 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,
- au titre de la législation sur les pensions militaires,
- au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de longs séjours relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- qui sont les conséquences d'émeutes ou mouvements populaires à caractère violent, dans lesquels les bénéficiaires du contrat ont pris une part active (sauf cas de légitime défense, d'aide à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel),
- qui sont les conséquences d'attentats ou d'actes de terrorisme dans lesquels les bénéficiaires sont impliqués en qualité d'auteur ou de complice,
- au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, 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 ;
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant ⁽¹⁾ du dépassement autorisé sur les actes cliniques. ⁽¹⁾ montant minimum non pris en charge par l'organisme assureur pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.

Limites des garanties

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

Frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux : le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

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

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.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garanties 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 toute autre indemnisation de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au bénéficiaire 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 bénéficiaire, 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 du bénéficiaire. 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.

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 utilisé par le régime de Sécurité sociale. Cette limite ne s'applique pas à la prise en charge du forfait journalier hospitalier facturé en établissement psychiatrique en secteur non conventionné.

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

Si le contrat d'adhésion prévoit une 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.

Plafond des remboursements

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

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

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, tout autre éventuel régime complémentaire frais de santé et les présentes garanties.

Recours contre les tiers responsables

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'employeur, du 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 et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'organisme assureur à l'adhérent ou au participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant ou l'ayant-droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée ;
- .. l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

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

Réclamations - médiation

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées à AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 Roubaix Cedex.

Il est également possible de nous joindre par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :

– 09 72 67 22 22.

Si le litige persiste après la réponse donnée par AG2R LA MONDIALE, l'entreprise ou le participant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la protection sociale :

Les réclamations peuvent être présentées par courrier au Médiateur de la protection sociale :

– par courrier : **10 rue Cambacérés 75008 Paris** ;

– par internet : à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'organisme assureur :

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

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

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

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

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

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

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

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

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

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

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Le participant et ses bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant et leur rectification. Ils disposent, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ils peuvent enfin s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

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

Les bénéficiaires sont informés de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le participant et ses bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'organisme assureur :

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

Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise déclare et garantit à l'organisme assureur qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'organisme assureur accessibles sur le site d'AG2R LA MONDIALE ;
- il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du contrat d'adhésion ;
- la négociation, la passation et l'exécution du contrat d'adhésion n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quel qu'en soit la forme ;
- le contrat d'adhésion sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'entreprise ou de ses dirigeants ;
- il fournit toute assistance nécessaire à l'organisme assureur pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujéti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

A ce titre, l'entreprise et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'entreprise et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'entreprise ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux participants pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat d'adhésion, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

L'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat d'adhésion dès lors que l'exécution du contrat d'adhésion l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

Degré élevé de solidarité

Les dispositions de la Convention collective nationale de la Métallurgie du 07.02.2022, telle que modifiée en dernier lieu par l'avenant du 01.07.2022, prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité.

Le cadre des actions à mettre en œuvre est déterminé par les partenaires sociaux de la Branche professionnelle.

Leur octroi est donc subordonné à ces décisions.

Leurs prises en charge s'effectuent dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Les taux de cotisations prévus au contrat d'adhésion intègrent le financement des actions relevant d'un degré élevé de solidarité et ce, à hauteur de 2 % des cotisations hors taxes (et hors assistance) finançant le régime socle souscrit à titre obligatoire par l'entreprise au profit de ses participants.

Autorité de contrôle

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

Modalités de gestion

Affiliation

Le participant remplit le bulletin d'affiliation qui a été mis à sa disposition et y joint :

- la photocopie de son attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire et de celles de ses bénéficiaires, en cours de validité ;
- un relevé d'identité bancaire pour le virement direct des prestations sur son compte bancaire.

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

- un justificatif de la situation de concubinage : photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance de loyer, facture d'électricité ou facture de téléphone fixe aux 2 noms, ...)
- pour les partenaires liés par un PACS non dissous, la copie de la convention établissant leur engagement dans les liens du PACS, ayant été délivrée par la mairie, le notaire ou le greffe du tribunal d'instance.

Afin de pouvoir être couverts par les garanties souscrites, tous les bénéficiaires doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. Tout changement ultérieur de situation familiale devra être signalé à l'organisme assureur.

Les remboursements

Télétransmission

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

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

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

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

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

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

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

En cas d'engagement de dépenses pour frais d'optique, prothèses dentaires, appareillages ou autres prothèses, frais ayant entraîné des dépassements d'honoraires, il convient de vérifier que le montant des frais réels indiqué sur le décompte de l'assurance maladie obligatoire correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, il convient alors de transmettre à l'organisme assureur la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte de l'assurance maladie obligatoire.

Demandes de remboursement

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

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

- les décomptes de règlement de la Sécurité sociale pour les actes remboursés par le régime obligatoire ;
- les décomptes de règlement de l'intervention d'un autre organisme complémentaire le cas échéant ;
- une attestation de radiation ou de non prise en charge pour les décomptes de règlement faisant référence à la télétransmission vers un autre organisme complémentaire que l'organisme assureur.

Et dans tous les cas, tout justificatif ou facture permettant son traitement :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin ;
- en cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ;
- en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département, et l'attestation de la Sécurité Sociale ;
- en cas de prise en charge de frais de prothèses dentaires, d'implantologie ou parodontologie, une facture détaillée précisant le numéro de chaque dent traitée ou remplacée, la nature détaillée des actes (codes actes CCAM) et les honoraires détaillés concernant chaque acte ;
- en cas d'hospitalisation, le bordereau de facturation acquitté (clinique) mentionnant la discipline médico tarifaire (Code DMT ou DCS), ou l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement (hôpitaux) ;
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Acupuncture / Ostéopathie / Chiropractie, la facture acquittée et datée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées ;
- en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie densitométrie osseuse, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- en cas d'une garantie avec grille optique spécifique basée sur une correction plus détaillée que les actes de regroupement du régime obligatoire : prescription des verre(s) et/ou monture ou facture détaillée mentionnant la correction ;
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...) ;
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Fécondation In Vitro/Péridurale, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie médicaments prescrits non remboursés, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- en cas de demande de remboursement du « Forfait cure » (frais de voyage et d'hébergement), le décompte de l'assurance maladie obligatoire sur lequel figure l'acte « Honoraires de surveillance thermale ».

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

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

L'organisme assureur peut, dans le cadre de la lutte contre la fraude, être amenée à demander au participant, après avoir recueilli au préalable son consentement concernant l'utilisation de ses données de santé, et 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.

Païement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur le compte bancaire du participant, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont les coordonnées bancaires ont été transmises à l'organisme assureur.

L'organisme assureur adresse au participant un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Il est également possible de connaître la nature et le montant des prestations versées en se connectant à l'ESPACE CLIENT sur www.ag2rlamondiale.fr/

Échanges dématérialisés

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 Salarié) qui est un espace en ligne sécurisé accessible depuis le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

-et/ou à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par 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 Maiesherbes 75008 Paris).

Tiers payant

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

Cette carte peut être remise de façon dématérialisée.

Pour bénéficier du tiers payant, il faut présenter la carte de tiers payant, et le cas échéant :

- l'attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire ;
- la prescription médicale.

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

Carte de tiers payant

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, il suffit de l'interroger en lui présentant la carte de tiers payant ; celle-ci évite l'avance de frais. Dans le cas contraire, la part complémentaire doit être réglée directement au pharmacien, qui doit remettre une facture acquittée.

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné (uniquement), l'organisme assureur délivre un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, selon les garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

Pour cela, il suffit de présenter sa carte de tiers-payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche, ou de téléphoner au 0969 32 2000 (appel non surtaxé).

En matière d'optique

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

Pour savoir si un opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné sur la carte de tiers payant, il suffit de contacter l'organisme assureur :

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

Il est possible également reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

Réseau ITELIS

Il est possible de bénéficier du réseau **Itelis** dans certains domaines comme l'optique et l'audioprothèse ; les services sont disponibles sur le site internet www.itelis.fr/particulier-offre-info/

Il est également possible de consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante/

En cas de pose d'une prothèse dentaire

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

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

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

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

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

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

Établissements de santé

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

Médecin traitant et correspondant

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

Parcours de soins coordonnés

Il s'agit d'un circuit que doit suivre le participant afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace avec le médecin traitant et, le cas échéant, les autres praticiens.

Les médecins en accès direct (ophtalmologistes et gynécologues pour certains actes, et les psychiatres pour les 16-25 ans) sont également encouragés à faire un retour d'information au médecin traitant. Pour les consulter directement, il faut cependant avoir déclaré son médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire au préalable.

Médecins non conventionnés

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

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

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

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

La liste des médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO est disponible sur annuaire.sante.ameli.fr

Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire d'un euro

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

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

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par charge par l'organisme assureur complémentaire.

Forfait sur les actes dits « lourds »

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

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

Franchise

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

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par l'organisme assureur complémentaire.

Qu'est-ce que le 100% santé ?

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

Pourquoi une telle mesure ?

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

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

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

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

En quoi consiste cette réforme ?

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

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

Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que le participant est couvert par un régime complémentaire de frais de santé responsable (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), celui-ci peut bénéficier des offres de soins « 100% santé ». Celles-ci sont incluses dans les obligations du régime frais de santé et doivent être

systématiquement proposées par l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

Mes services

Découvrez notre application mobile « service client »

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

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/

Ensuite, pour créer votre compte, puis pour accéder à votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

Découvrez notre application mobile « Ma santé »

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

- Localisez les pharmaciens, médecins, dentistes, opticiens et autres professionnels de santé qui acceptent votre carte de tiers payant autour de vous.
- Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante>

L'application mobile « Ma santé » en détail

Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

- Lorsque vous avez téléchargé l'application, saisissez vos identifiants (identiques à ceux de votre espace client) pour accéder aux fonctionnalités de l'application.
- Géolocalisez-vous ou renseignez l'adresse de votre choix. Vous aurez ensuite accès aux professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, dentistes, opticiens...) conventionnés auprès de votre réseau de tiers payant, les plus proches de vous ou de l'adresse renseignée.
- Affichez ensuite votre carte de tiers payant dématérialisée. Grâce à l'application « Ma Santé », votre carte est toujours à jour, et à portée de main ! C'est l'assurance de bénéficier du tiers payant, même en cas d'oubli de votre carte papier !

Les autres services santé

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. 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 ses garanties, d'affilier ses ayants droit, de consulter et télécharger la carte de tiers-payant, d'envoyer des devis et demandes de remboursement de soins.

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- Demander en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol) : en cas de perte de votre carte de tiers payant, ou si vous souhaitez obtenir un duplicata de votre carte pour un membre de votre famille, vous pouvez effectuer une demande de réédition de votre carte depuis votre espace client AG2R LA MONDIALE. Un service simple, gratuit et rapide !
- Localiser un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant près de chez vous : avec notre Groupe, vous bénéficiez d'avantages négociés auprès de nos opticiens et de nos audioprothésistes partenaires. Choisir AG2R LA MONDIALE, c'est choisir un groupe qui vous propose une gamme complète de services pour votre santé à des prix adaptés à votre budget.
- Recevoir une alerte remboursement santé par e-mail : avec le service de suivi des remboursements santé, recevez une alerte par e-mail lorsqu'un remboursement est effectué sur votre compte bancaire. Un service gratuit, disponible 7j/7, 24h/24.

La foire aux questions (FAQ)

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

Les numéros de service client

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

La disponibilité du service client

L'application mentionne pour chaque numéro de téléphone les plages horaires d'ouverture des services. Elle mentionne également à titre indicatif les meilleures périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps.

Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

Faites-vous rappeler !

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

La demande de remboursement de soins devient digitale

Quelques clics et puis c'est tout

Désormais, chacun peut déposer simplement en quelques clics, depuis son espace client, ses justificatifs de demandes de remboursement.

Et après ? L'aiguillage se fait automatiquement vers le centre de gestion attitré et la procédure habituelle suit son cours.

À vous de jouer !

Connectez-vous dès maintenant pour découvrir ce nouveau service sur votre espace client :

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/>

Vous n'êtes pas encore inscrit ? Créez votre compte en quelques clics :

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/inscriptions/>

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

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

Annexe 1 – Extension aux ayants droit

Objet des garanties

Faire bénéficier à la famille de prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité sociale française en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Les garanties sont identiques aux garanties du participant, moyennant le versement d'une cotisation spécifique.

Bénéficiaires des garanties

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

- le conjoint au sens des dispositions suivantes :
 - la personne mariée et non séparée de corps judiciairement ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil ;
 - à défaut, le partenaire du participant lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
 - à défaut, le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple ou sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins.
- les enfants du participant et ceux de son conjoint ou de son concubin ou partenaire de PACS, dont la filiation avec le participant et le conjoint a été légalement établie (y compris les enfants adoptés et recueillis) dans la mesure où ils répondent de façon cumulative aux 2 conditions suivantes:

d'une part :

- les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- les enfants âgés d'au moins 18 ans et jusqu'à 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes:
 - être sous contrat d'apprentissage,
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance, et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés,

d'autre part :

- les enfants vivant sous le même toit ou fiscalement à la charge du participant c'est-à-dire les enfants 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 du revenu global, ou fiscalement à la charge du conjoint du participant (tel que défini ci-avant).

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

Affiliation

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

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

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

Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation individuelle lorsque le participant a dénoncé l'extension de la couverture du ou des ayant(s) droit dans les conditions prévues au paragraphe « Résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant ». **Dans ce cas, une nouvelle affiliation de l'ayant droit au présent régime ne pourra être demandée qu'à l'issue d'une période de trois ans après l'exercice du droit de résiliation et ceci pour une prise d'effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sauf en cas de modification de la situation familiale du participant ;**
- au 1^{er} jour du mois qui suit l'affiliation du ou des ayant(s) droit à une couverture complémentaire de frais de soins de santé obligatoire ;
- 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 sauf cas de maintien dit « Loi Evin » ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvellent à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si le participant demande la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Annexe 2 – Maintien des garanties au titre de la Loi Évin

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi Evin ») et de son décret d'application n° 2017-372 du 21 mars 2017, l'assureur propose, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit de :

- de ses 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.

Toutefois, les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du dispositif de portabilité, pourront en faire la demande dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité. La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

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

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.

Le maintien s'effectue moyennant paiement d'une cotisation correspondante.

- des **ayants droit du participant décédé**, pendant une durée minimale de 12 mois suivant le décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément dans les 6 mois suivant le décès.

Dans ce cas, les ayants droit du participant décédé pourront continuer à bénéficier du régime de remboursement de frais de soins de santé, moyennant paiement d'une cotisation correspondante.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit du participant décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date du décès du participant.

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

Les tarifs applicables aux anciens salariés visés ci-dessus seront déterminés dans le respect de la réglementation en vigueur.

Annexe 3 – Dispositions communes aux ayants droits et aux Loi Evin

Cotisations

Assiette des cotisations

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

La tarification du contrat d'adhésion est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature de la Convention collective nationale de la Métallurgie du 07.02.2022 (modifiée en dernier lieu par l'avenant du 01.07.2022).

La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes.

Paiement des cotisations

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur le compte bancaire du participant.

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de leur échéance, une mise en demeure détaillant les conséquences du non-paiement sera adressée au participant, par lettre recommandée avec avis de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, le participant sera informé de la cessation automatique de la garantie.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés au participant.

Indexation

Au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque année, les cotisations peuvent être révisées/indexées en fonction de l'équilibre global (résultats) des contrats souscrits auprès de l'organisme assureur couvrant le régime socle obligatoire de frais de soins de santé détaillé en Annexe I au profit des participants.

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

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

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

Résiliations individuelles

Résiliation annuelle à l'initiative du participant

La résiliation annuelle de l'affiliation à l'initiative du participant peut être effectuée au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier. Elle est alors notifiée à l'organisme assureur, selon le choix du participant:

- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'Espace client via le site www.ag2rlamondiale.fr ;
- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2rlamondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation annuelle par écrit.

Résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant

La résiliation à l'initiative du participant peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première affiliation au contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification.

En cas de résiliation à tout moment d'une affiliation dont les cotisations sont appelées par avance directement auprès du participant, ce dernier n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, l'organisme assureur s'engage à rembourser le solde restant dû au salarié dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Les formalités de notification de la résiliation infra-annuelle sont effectuées par principe par le nouvel assureur à la place du participant lorsque celui-ci souscrit un nouveau contrat individuel ou adhère à un nouveau contrat collectif facultatif. Dans ce cas, le nouvel assureur du participant notifie, auprès de l'organisme assureur, la résiliation du contrat du salarié par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable au participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. En tout état de cause, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du contrat d'adhésion résilié.

Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout participant qui peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire. La résiliation par un participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout participant qui peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire. La résiliation par un participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Adhésion à distance

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

1. La dénomination de l'organisme assureur contractant, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.
2. Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.
3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.
4. La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.
5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en

contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.

6. La loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat.

7. Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée. En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l'organisme assureur ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le souscripteur. La personne en contact avec le souscripteur doit en outre préciser son identité et son lien avec l'organisme assureur.

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

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

Droit à renonciation

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

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

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

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

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

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

Modèle de renonciation

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

Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec AR :

J'ai souscrit une adhésion pour le produit Conventionnel auprès de votre organisme
le ____ / ____ / ____, sous le numéro _____.

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

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

Date et Signature

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions en protection sociale, que vous pouvez retrouver sur le site www.ag2rlamondiale.fr

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

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

Autres produits

Santé animaux
Crédit

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social