



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé



Ayants droit des salariés

Régimes de base et
surcomplémentaire
facultatifs

Notice d'information

Convention collective nationale de la Pâtisserie
[Brochure 3215 - IDCC 1267]
Garanties au 1^{er} avril 2021



Sommaire

5 Présentation

6 Vos régimes facultatifs

6 Régime de base

6 Quel est l'objet du régime ?

6 Comment bénéficier du régime ?

6 Quels sont les actes et frais garantis ?

8 Vos garanties

16 Régime surcomplémentaire

16 Quel est l'objet du régime ?

16 Comment souscrire ?

16 Quels sont les actes et frais garantis ?

16 Peut-on changer d'option ?

17 Résumé des garanties

24 Dispositions communes aux régimes facultatifs

24 Quels sont les bénéficiaires ?

25 Quand débutent les garanties ?

25 Durée de l'affiliation

25 Quand cessent-elles ?

26 Résiliations individuelles

26 Résiliation infra-annuelle à l'initiative du salarié

26 Cotisations

27 Indexation et révision

27 Adhésion à distance

28 Adhésion suite au démarchage de l'assuré

30 Dispositions générales

- 30 Exclusions
- 31 Limites des garanties
- 31 Plafond des remboursements
- 32 Prescription des actions
- 32 Recours contre les tiers responsables
- 32 Réclamations - Médiation
- 33 Protection des données à caractère personnel
- 34 Autorité de contrôle

35 Modalités de gestion

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

41 Pour tout renseignement

- 41 Site internet

42 Mes services

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



Présentation

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale de la Pâtisserie (brochure n° 3215) ont décidé de proposer à la famille du salarié, des garanties assurées par la MAPA, identiques à celles des salariés des entreprises de la branche.

En tant qu'ayant droit du salarié, vous pouvez bénéficier :

- du **régime de base facultatif** ;
- du **régime surcomplémentaire facultatif (3 options au choix)** qui vous permet d'améliorer le remboursement des frais garantis par le régime de base.

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

La gestion du régime est assurée par AG2R Prévoyance (dénommée «l'organisme assureur» dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, pour le compte de la MAPA.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Elle s'applique à compter du **1^{er} avril 2021**.

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

Vos régimes facultatifs

Régime de base

Quel est l'objet du régime ?

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

Modification de situation

En cas de modification (changement d'adresse, coordonnées bancaires, ...) informez-en votre centre de gestion en utilisant la fiche de correspondance disponible sur demande ou sur le site : <https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie>

Comment bénéficier du régime ?

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

Le bulletin est disponible sur <https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie>

mais votre employeur peut aussi vous affilier par téléphone au :
0 970 828 355 (appel non surtaxé)

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à votre charge, après intervention du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

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

L'organisme assureur vous verse en cas de naissance d'un enfant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption de plusieurs enfants. 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 ou de la date d'adoption.



Vos garanties

Les prestations s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

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

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

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

CCAM = classification commune des actes médicaux.

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

FR = frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-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 soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

(TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	250 % de la BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	300 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	200 % de la BR
Chambre particulière ⁽¹⁾	80 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	25 € par jour

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

Transport

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

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations , visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D . P . T . M .	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D . P . T . M .	130 % de la BR
– Spécialistes (consultations , visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D . P . T . M .	250 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D . P . T . M .	200 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC) , actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D . P . T . M .	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D . P . T . M .	150 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI) , actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D . P . T . M .	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D . P . T . M .	150 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
Acupuncture , Chiropraxie , Ostéopathie , Podologie , Phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	45 € par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse	Crédit de 80 € par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	110 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale , remboursés par la Sécurité sociale	110 % de la BR
Médicaments	
– Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
– Non remboursés par la Sécurité sociale : • Contraception prescrite	Crédit de 80 € par année civile
Pharmacie (hors médicaments)	
– Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
– Non remboursée par la Sécurité sociale : • Sevrage tabagique	Crédit de 80 € par année civile

Postes	Niveaux d'indemnisation
Matériel médical	
Orthopédie remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 600 € par année civile
Autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR + crédit de 600 € par année civile
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100 % de la BR + 1 200 €
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	100 % de la BR + 300 €
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

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

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

(3) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
- Inlay , onlay	420 % de la BR dans la limite des HLF
- Inlay core	330 % de la BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	420 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
- Inlay , onlay	420 % de la BR
- Inlay core	330 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	420 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs , chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	250 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Soins prothétiques et prothèses dentaires , pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	300 % de la BR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires (à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier...)	Forfait de 1 000 € par implant , limité à 3 implants par année civile
Orthodontie	300 % de la BR

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

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

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

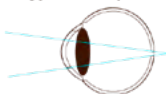
Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A : adulte et enfants de 16 ans et + ⁽²⁾	
Monture de Classe A : enfants de - 16 ans ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A : adulte et enfants de 16 ans et + ⁽²⁾	
Verres de Classe A : enfants de - 16 ans ⁽²⁾	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B : adulte et enfants de 16 ans et + ⁽²⁾	100 €
Monture de Classe B : enfants de - 16 ans ⁽²⁾	100 €
Verres de Classe B : adulte et enfants de 16 ans et + ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après
Verres de Classe B : enfants de - 16 ans ⁽²⁾	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 200 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 200 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1 500 € par année civile

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

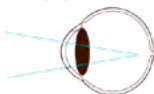
La chirurgie réfractive est la correction au laser des défauts de la vision (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)

L'hypermétropie



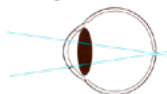
L'image se forme en arrière de la rétine.
Vision floue de près.

La myopie



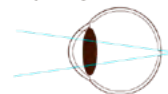
L'image se forme en avant de la rétine.
Vision floue de loin.

L'astigmatisme



L'image se forme en 2 points de la rétine.
Vision trouble de près comme de loin.

La presbytie



L'image se forme en arrière de la rétine en raison du vieillissement du cristallin.
Vision floue de près.

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

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

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

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

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

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;

- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

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

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

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

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

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

Grille Optique

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

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux				
	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	90 €	90 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	90 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	90 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	150 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	150 €	150 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	150 €
Multifocaux et progressifs				
	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	200 €	200 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	320 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	200 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	320 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	320 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	320 €	300 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 250 €
Fécondation in vitro	Crédit de 300 € par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	Forfait de 300 €

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.

Régime surcomplémentaire

Le régime surcomplémentaire (option 1, 2 ou 3) s'applique si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

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

Quel est l'objet du régime ?

Améliorer vos remboursements en souscrivant à une des 3 options facultatives venant s'ajouter à votre régime conventionnel.

Comment souscrire ?

Complétez la partie « Adhésion facultative – Régime surcomplémentaire facultatif » du bulletin d'affiliation santé.

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au résumé 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.

Peut-on changer d'option ?

Pour une amélioration des garanties*

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

* C'est-à-dire pour passer de l'option 1 à l'option 2 ou 3, ou pour passer de l'option 2 à l'option 3.

Pour une baisse des garanties**

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

** C'est-à-dire pour passer de l'option 3 à l'option 2 ou 1, ou pour passer de l'option 2 à l'option 1.

Ces clauses ne font pas obstacle à l'application des dispositions réglementaires concernant la résiliation infra-annuelle du contrat par le participant ou par l'entreprise adhérente. Toutefois, en cas d'exercice du droit à résiliation annuelle ou infra-annuelle du présent régime entraînant le retour vers le niveau de garanties prévu par le seul régime complémentaire obligatoire, une nouvelle affiliation du participant 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 ; en cas de modification dans la situation familiale du participant le respect d'un délai de **trois ans** ne sera pas demandé et la nouvelle adhésion prendra effet le premier jour du mois suivant la demande.

Résumé des garanties

Vos garanties option 1, option 2 ou option 3

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

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire. Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

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

CCAM = classification commune des actes médicaux.

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

FR = frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Option 1	Option 2	Option 3
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	50 % de la BR	100 % de la BR	330 % de la BR
Honoraires			
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires			
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	50 % de la BR	100 % de la BR	330 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	Néant	Néant	Néant
Chambre particulière ⁽¹⁾	10 € par jour	20 € par jour	35 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans	Néant	5 € par jour	55 € par jour

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

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
– Généralistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	20 % de la BR	50 % de la BR	270 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	20 % de la BR	50 % de la BR	70 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	50 % de la BR	100 % de la BR	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	Néant	Néant	Néant
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	50 % de la BR	100 % de la BR	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	50 % de la BR	50 % de la BR	50 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)			
• Pour les médecins adhérents à un D. P. T. M.	50 % de la BR	100 % de la BR	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D. P. T. M.	50 % de la BR	50 % de la BR	50 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Phytothérapie, Podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS)	5 € par acte, limité à 4 actes par année civile	11 € par acte, limité à 4 actes par année civile	30 € par acte, limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse	Néant	Néant	Crédit de 300 € par année civile
Matériel médical			
Orthopédie remboursée par la Sécurité sociale	Crédit de 100 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 400 € par année civile
Autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaire et d'optique)	Crédit de 100 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 400 € par année civile

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Option 1	Option 2	Option 3

Équipements libres⁽¹⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100 €	100 €	100 €
------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------	-------

- (1) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Option 1	Option 2	Option 3

Prothèses

Panier maîtrisé⁽¹⁾⁽³⁾

- Inlay, onlay	70 % de la BR dans la limite des HLF	120 % de la BR dans la limite des HLF	175 % de la BR dans la limite des HLF
- Inlay core	70 % de la BR dans la limite des HLF	120 % de la BR dans la limite des HLF	175 % de la BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70 % de la BR dans la limite des HLF	120 % de la BR dans la limite des HLF	175 % de la BR dans la limite des HLF

Panier libre⁽²⁾

- Inlay, onlay	70 % de la BR	120 % de la BR	175 % de la BR
- Inlay core	70 % de la BR	120 % de la BR	175 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70 % de la BR	120 % de la BR	175 % de la BR

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	50 % de la BR	100 % de la BR	280 % de la BR
-------------	---------------	----------------	----------------

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Parodontologie	Néant	Néant	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 350 € par année civile	Crédit de 550 € par année civile

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Option 1	Option 2	Option 3
Orthodontie	50 % de la BR	100 % de la BR	280 % de la BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	70 % de la BR	120 % de la BR	500 % de la BR

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

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

(3) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements libres⁽¹⁾			
Verres de Classe B : adulte et enfants de 16 ans et + ⁽²⁾	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Verres de Classe B : enfants de -16 ans ⁽²⁾	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 300 € par année civile	Crédit de 400 € par année civile	Crédit de 700 € par année civile

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

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

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

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

Ces périodes de prise en charge débutent à la date d'acquisition de l'équipement. Lorsque l'assuré effectue des demandes

de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

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

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

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

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

Grille optique - Option 1

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de -16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	20 €	20 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	20 €	20 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	20 €	20 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	20 €	20 €
		SPH > 0 et S > + 6	20 €	20 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	20 €	20 €
	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	20 €	20 €	
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	25 €	25 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	25 €	Néant
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	25 €	25 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	25 €	25 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	25 €	Néant
		SPH > 0 et S > + 8	25 €	Néant
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	25 €	Néant	

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

Grille optique - Option 2

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de -16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (1)	50 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	50 €	50 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	50 €	50 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	50 €	50 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	65 €	65 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	30 €	Néant
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	65 €	65 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	65 €	65 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	30 €	Néant
		SPH > 0 et S > + 8	30 €	Néant
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	30 €	Néant	

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

Grille optique - Option 3

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de -16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (1)	70 €	70 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	100 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €	70 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	70 €	70 €
		SPH > 0 et S > + 6	100 €	100 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	100 €	100 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	100 €	100 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	30 €	Néant
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	100 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	100 €	100 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	30 €	Néant
		SPH > 0 et S > + 8	30 €	Néant
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	30 €	Néant	

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Option 1	Option 2	Option 3
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale			
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 100 €	Forfait de 200 €	Forfait de 200 €
Forfait maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	Néant	Néant	Forfait de 660 €

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

Dispositions communes aux régimes facultatifs

Quels sont les bénéficiaires ?

- Le conjoint d'un salarié en activité dans une entreprise relevant de la Convention collective nationale de la Pâtisserie ;
- le concubin (au sens de l'article 515-8 du Code civil) d'un salarié en activité dans une entreprise relevant de la Convention collective nationale de la Pâtisserie, lié ou non par un Pacte civil de solidarité (Pacs) avec ce salarié. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le salarié, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié par un Pacs et n'est pas ayant droit du salarié au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun) ;
- les enfants à charge d'un salarié en activité dans une entreprise relevant de la Convention collective nationale de la Pâtisserie, répondant à la définition suivante :
 - les enfants de moins de 18 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation de la Sécurité sociale et par extension,
 - les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du salarié 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,
 - les enfants de moins de 26 ans à charge fiscale du conjoint ou du concubin, au sens de la législation fiscale selon la définition ci-dessus,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors

d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :

- pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
- ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
- bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié est autorisé à déduire de son revenu imposable.

À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, des personnes concernées (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale, avis d'imposition).

Quand débutent les garanties ?

- au plus tôt, le 1^{er} jour du mois durant lequel l'organisme assureur reçoit le bulletin d'affiliation complet, si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la demande si le bulletin d'affiliation complet a été envoyé après le 15 du mois.

Par exception, en cas d'affiliation consécutive à la résiliation infra-annuelle d'un précédent contrat frais de santé facultatif ou individuel, les garanties prennent effet au jour de la cessation des garanties du précédent contrat d'adhésion.

Durée de l'affiliation

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

Quand cessent-elles ?

- En cas de résiliation de la convention d'assurance collective ;
- en cas de résiliation de votre part, c'est-à-dire le retour au régime complémentaire obligatoire seul, sous réserve de remplir les conditions d'affiliations minimales. La résiliation individuelle prend effet le dernier jour du mois au cours duquel la demande aura été exprimée. Toute résiliation individuelle est définitive. ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- en cas de non-paiement des cotisations.
- à la date de résiliation du régime complémentaire obligatoire par l'entreprise adhérente ;
- en cas de résiliation du présent régime surcomplémentaire facultatif par l'entreprise adhérente;

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

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

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé à l'issue des 12 mois de gratuité prévus par le régime conventionnel du salarié.

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

Résiliation ou suspension des garanties

Si la résiliation ou la suspension des garanties du régime de base entraîne la résiliation ou la suspension des garanties du régime surcomplémentaire, la résiliation des garanties du régime surcomplémentaire n'entraîne pas la résiliation des garanties du régime de base.

Résiliations individuelles

Résiliation annuelle à l'initiative du salarié

La résiliation annuelle de l'affiliation à l'initiative du salarié 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 salarié :

- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'Espace client via le site <https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie> ;
- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2ramondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'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 salarié

La résiliation à l'initiative du salarié 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 salarié, 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 salarié lorsque celui-ci souscrit un nouveau contrat individuel ou adhère à un nouveau contrat collectif facultatif. Dans ce cas, le nouvel assureur du salarié 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 salarié 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 résilie. Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout salarié qui peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire. La résiliation par un salarié s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Cotisations

Les tarifs des cotisations figurent sur le bulletin d'affiliation.

Les cotisations sont prélevées trimestriellement à terme échu sur votre compte bancaire. À cet effet n'oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement joint au bulletin d'affiliation. En cas de non-paiement dans le délai de

10 jours suivant la date de l'échéance, il vous est adressé une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, vous êtes informé de la cessation automatique des garanties.

Indexation et révision

Les bénéficiaires sont avisés par courrier de la révision au plus tard 1 mois avant la date effective d'augmentation des cotisations.

Ils peuvent s'opposer à cette information jusqu'à 2 mois après l'envoi du courrier d'information, cachet de la poste faisant foi.

Leur affiliation est alors automatiquement résiliée à la fin du mois qui suit.

À défaut d'opposition notifiée par l'assureur concernant la révision 2 mois après l'envoi, leur affiliation est reconduite sur la base des cotisations indexées.

Adhésion à distance

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

- 1/ La dénomination de l'organisme assureur, l'adresse de son siège social, lorsque l'organisme assureur est inscrit au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.
- 2/ Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.
- 3/ La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.
- 4/ La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.
- 5/ L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.
- 6/ La loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat.
- 7/ Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

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

Droit à renonciation

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

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

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

Lorsque l'assuré exerce son droit de renonciation, il est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période durant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité. Cette renonciation de l'adhésion entraîne la restitution par l'assuré à l'organisme assureur de toute somme reçue de celui-ci (à l'exception de celles

correspondantes à la période durant laquelle le risque a couru), dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'organisme assureur reçoit notification de l'assuré de sa volonté de se rétracter. Passé ce délai, la somme due est de plein droit productive.

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant

à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

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

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

Modèle de renonciation

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

- AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1

J'ai souscrit une adhésion pour le produit
Pâtisserie 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

Dispositions générales

Exclusions

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :

- engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
- déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
- engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues aux présents régimes,
- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, sauf ceux prévus expressément dans les résumés des garanties,
- ne figurant pas à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base, sauf pour les actes prévus expressément dans les résumés des garanties,

- 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 long séjour 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,
- au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale,
- conformément aux dispositions législatives et réglementaires, les contributions forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue à l'article L.162-5-3 du Code la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Limites des garanties

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

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

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

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

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

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

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

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'Institution peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

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

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

Plafond des remboursements

La participation de l'assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à votre charge après participation

du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels autres contrats complémentaires frais de santé.

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

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et les présentes garanties.

Prescription des actions

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la notice d'information sont prescrites dans le délai de **2 ans**, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par la MAPA à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la MAPA est subrogée dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a engagées, conformément aux dispositions légales.

Réclamations – Médiation

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

- AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX.

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

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

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

- soit en ligne, à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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

- Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS.

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

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

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

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance,

santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;

- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services

en relation avec les bénéficiaires, aux membres d'AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

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

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à :

- MAPA
BP 60037
17411 SAINT JEAN D'ANGELY CEDEX.

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

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :

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

Modalités de gestion

Comment s'effectuent vos remboursements ?

Télétransmission

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

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

Paiement des prestations

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

L'organisme assureur adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet (accédez à votre espace client en un clic) : <https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie>

Demande de justificatifs

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

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

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

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

de la facture acquittée et datée.

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

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

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

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

Attention

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

Tiers payant

Chaque salarié complète un bulletin d'affiliation.

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

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

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

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

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

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

<https://www.ag2riamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie>

Carte de tiers payant

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

...

...

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

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

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

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

Plusieurs possibilités vous sont offertes :

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

En matière d'optique

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

Vous pouvez connaître les opticiens agréés :

- en vous connectant à votre espace client sur : <https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie> ;
- ou par téléphone au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

En cas de pose d'une prothèse dentaire

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

Réseau itelis

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

Vous pouvez également consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile Ma Santé téléchargeable sur :

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

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré

à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

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

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

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

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

Établissements de santé

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

Médecin traitant et correspondant

Le médecin traitant détermine le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, vous pouvez consulter un médecin

correspondant (généralement spécialiste mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert, soit pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé votre médecin traitant de son diagnostic.

Parcours de soins coordonnés

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

Médecins non conventionnés

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

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

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

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

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



Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par le régime général de la Sécurité sociale). Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne. La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par votre complémentaire santé.

Franchise

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

Son montant est de :

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

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

Un plafond journalier a également été mis

en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires :

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

Qu'est-ce que le 100 % santé ?

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

Pourquoi une telle mesure ?

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

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

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

En garantissant une prise en charge intégrale de certaines prestations dans ces trois spécialités, le

« 100% santé » a donc pour objectif de prévenir le renoncement aux soins pour raisons financières.

En quoi consiste cette réforme ?

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

de la Sécurité sociale évoluent progressivement et des prix limites de vente (PLV) sont mis en place, que les professionnels de santé concernés ont l'obligation de respecter.

Qui peut en bénéficier ?

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

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

Ce qui change en optique

- Votre opticien doit vous proposer une gamme constituée d'au moins 17 montures adultes et 10 montures enfants en 2 coloris différents, à moins de 30 €.
- Les verres corrigent l'ensemble des troubles visuels et comportent des traitements obligatoires (amincissement, anti-rayures et antireflet).
- Vous avez la possibilité de « panacher » l'offre (c'est-à-dire opter pour des verres sans reste à charge et une monture à tarif libre).

Ce qui change en dentaire

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

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

Ce qui change en audiologie

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

Quand peut-on bénéficier du 100 % santé ?

La réforme se déploie par étape, suivant un calendrier différent selon les secteurs. Dès 2019, les restes à charge des assurés diminuent progressivement, jusqu'au remboursement total à compter du 1^{er} janvier 2021.

Pour tout renseignement

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

- AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1
0969 32 2000 (appel non surtaxé)

Site internet

- <https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie> est le site dédié à votre régime frais de santé ;
- inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/ vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace clients ».

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



Mes services

Découvrez notre application mobile « ma santé »

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

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

Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :
www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

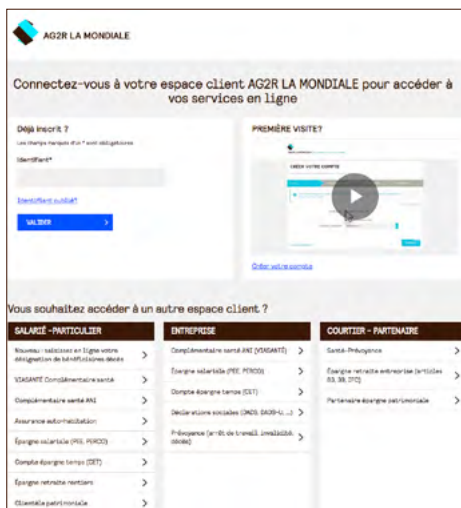
The screenshot shows the AG2R LA MONDIALE website interface. At the top, there is a navigation bar with the company logo and name, a search bar, and a 'Contact' button. Below the navigation bar, there are several menu items: ACCORDS DE BRANCHE, PREVOYANCE, SANTE, RETRAITS, EPARGNE RETRAITE ENTREPRISE, BÉNÉFICIAIRES ET DÉCLARATIONS SOCIALES, and COURTESIS. The main content area features a heading 'Découvrez notre application mobile "ma santé"' followed by a sub-heading 'L'application mobile « Ma Santé » a été conçue pour vous aider à bénéficier du tiers payant.' Below this, there are three bullet points: '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.', and 'Téléchargez notre application iPhone' and 'Téléchargez notre application Android' buttons. The page also includes a section titled 'L'application mobile « Ma Santé » en détail' with a sub-heading 'Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?' and a list of features: 'Sélectez votre identifiant (ou le même identifiant que votre espace client) pour accéder aux fonctionnalités de l'application.', 'Localisez-vous ou renseignez l'adresse de votre choix. Vous serez ensuite accès aux professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, dentistes, opticiens...) commentés à partir de votre réseau de tiers payant, les plus proches de vous ou de l'adresse renseignée.', and 'Affichez ensuite votre carte de tiers payant électronique. Grâce à l'application « Ma Santé », votre carte est toujours à jour et à portée de main ! (l'envoi électronique de bénéficiaires de tiers payant, même en cas d'oubli de votre carte papier !). There is also a section 'Les autres services santé de votre espace client' with a sub-heading 'Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :', followed by a list of services: 'Demander en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol)', 'Localiser un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant autour de vous', and 'Échancier vos actes remboursés (avant ou après)'. The page ends with the text 'Découvrez tous les services santé'.

L'application mobile « ma santé » en détail

Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

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

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : [inscription](https://www.ag2rmondiale.fr/inscription/), [ag2rmondiale.fr/connexion/](https://www.ag2rmondiale.fr/connexion/)



Les autres services santé

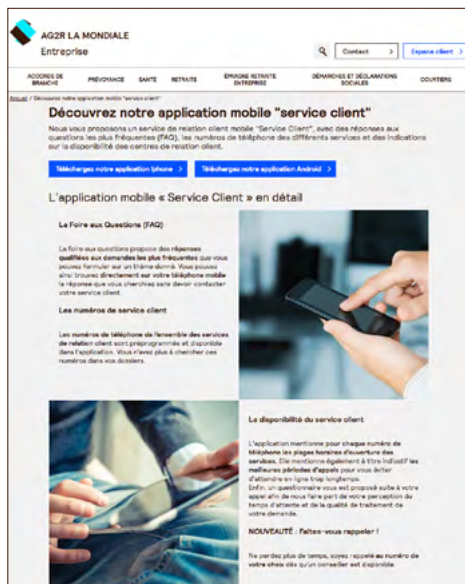
Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

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

Découvrez notre application mobile « service client »

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

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



The screenshot shows the AG2R LA MONDIALE website interface. At the top, there is a navigation bar with the company logo and name, and a search bar. Below the navigation bar, there are several menu items: ACCÈS DE BRANCHE, PREVOYANCE, SANTÉ, RETRAITE, ÉPARGNE RETRAITE ENTREPRISE, DÉMARCHES ET DÉCLARATIONS SOCIALES, and COURTIERS. The main content area features a heading "Découvrez notre application mobile 'service client'" followed by a paragraph explaining the service. Below this, there are two buttons: "Téléchargez notre application iPhone" and "Téléchargez notre application Android". The page is divided into three sections: "La Foire aux Questions (FAQ)", "Les numéros de service client", and "La disponibilité du service client". Each section includes a small image and a brief description of the service.

périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps. Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

Nouveauté : faites-vous rappeler !

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

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

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

Pour les entreprises, nous offrons une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Santé

Complémentaire santé collective

Prévoyance

Incapacité et invalidité

Décès

Dépendance

Retraite supplémentaire

Plan d'Épargne Retraite obligatoire (PERO)

Épargne salariale

Plan Épargne Entreprise (PEE)

Compte Épargne Temps (CET)

Plan Epargne Retraite Collectif (PERECO)

Passifs sociaux

Indemnités fin de carrière

Indemnités fin de carrière / Indemnités
de licenciement

Engagement sociétal

Prévention et conseil social

Accompagnement (Primavita, CAP60,
Point 50)

AG2R LA MONDIALE

14-16 boulevard Malesherbes
75379 Paris cedex 08

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