



AG2R LA MONDIALE

Santé



Notice d'information

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

Ensemble du personnel
Garanties au 1^{er} avril 2026

Important

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

Régime « ESSENTIEL »

Régime « CONFORT »

Régime « SUMMUM »

Régime « OPTIMUM »

Sommaire

Présentation	4
Généralités	5
Article 1 - Objet de la notice d'information	5
Article 2 - Affiliation des participants et autres bénéficiaires	5
Article 3 - Recours contre les tiers responsables – Juridiction compétente	8
Article 4 – Informatique et libertés - Lutte contre la fraude et le financement du terrorisme / lutte contre la corruption et le trafic d'influence / mesures restrictives et sanctions internationales	8
Article 5 – Prescription	11
Article 6 – Contrôle	12
Garanties santé	14
Article 7 - Garanties	14
Article 8 - Suspension des garanties	14
Article 9 - Maintien des garanties.....	14
Article 10 - Cessation des garanties	17
Article 11 - Limites des garanties - Exclusions	17
Article 12 - Plafond des remboursements	19
.....	19
Article 13 - Règlement des prestations	19
Article 14 - Tiers payant.....	21
Article 15 - Cotisations	22
Article 16 - Renseignements - Réclamation - Médiation.....	22
Annexe 1 – Tableau de garanties.....	24
Annexe 2 - Coordonnées des organismes assureurs	31
Annexe 3 - Échanges dématérialisés auprès d'AG2R Prévoyance	32

Présentation

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

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

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

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

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

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

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

Le choix du régime retenu est effectué par l'adhérent au moment de la souscription. Le détail de chaque régime figure en Annexe 1 de la présente notice d'information.

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

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

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

Communication dématérialisée

L'*organisme assureur* communique progressivement de façon dématérialisée avec le participant via son Espace Client ou par courriel, pour la gestion de son contrat ou de son affiliation.



Le participant peut demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant son choix dans l'Espace Client ou en contactant l'*organisme assureur*.

Généralités

Article 1 - Objet de la notice d'information

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

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

A cet effet, la présente notice d'information reprend les dispositions des Conditions générales du régime, qui ont été établies sur la base de la législation de l'assurance maladie notamment et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au 01.04.2026.

Article 2 - Affiliation des participants et autres bénéficiaires

Affiliation des salariés

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

Doivent ainsi être affiliés :

- la totalité des salariés de l'adhérent, appartenant à la catégorie assurée :
 - ceux dont le contrat de travail est en vigueur,
 - ceux dont le contrat de travail est suspendu et bénéficiant d'un maintien de garantie en vertu du contrat (cf. art 9.1).
- les anciens salariés de l'adhérent bénéficiant de la portabilité au titre d'un précédent contrat à adhésion obligatoire, immédiatement antérieur à la date d'effet du contrat, jusqu'à expiration de leurs droits.

Une fois affilié, le salarié (ou l'ancien salarié visé ci-dessus) acquiert la qualité de « **participant** ».

Dispense d'affiliation

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

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

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

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

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

Formalités d'affiliation des salariés

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

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

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

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

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

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

Date d'effet et cessation de l'affiliation

L'affiliation des salariés a lieu :

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

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

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

Effet de l'affiliation

- Le salarié affilié bénéficie du régime de remboursement complémentaire des frais de santé.

Affiliation des ayants droit

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

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

- **son conjoint** (salarié ou non) ;
- **son concubin** au sens de l'article 515-8 du code civil (salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou non avec le participant. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un PACS avec le participant, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par l'officier d'état civil ou le notaire. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un PACS, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun) ;

- **les enfants à charge** répondant à la définition suivante :
 - Les enfants de moins de 18 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
 - Les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir :
 - les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible ou revenu global,
 - Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
 - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
 - bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

Formalités d'adhésion des ayants droit

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

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

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

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

- s'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille ;
- s'agissant du partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) : la photocopie dudit PACS ;
- s'agissant du concubin : un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie ; photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun) ;
- s'agissant des enfants : le justificatif de scolarité ou la copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat en alternance, d'apprentissage ou de professionnalisation ou l'attestation d'inscription à France Travail ;
- s'agissant des enfants infirmes et ce quel que soit leur âge : la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », la notification d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

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

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

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

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

Article 3 - Recours contre les tiers responsables – Juridiction compétente

Subrogation

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

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

Juridiction compétente

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

Article 4 – Informatique et libertés - Lutte contre la fraude et le financement du terrorisme / lutte contre la corruption et le trafic d'influence / mesures restrictives et sanctions internationales

Protection des données à caractère personnel par Malakoff Humanis Prévoyance

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les ayants droit sont informés par « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, en qualité de responsable de traitement, les données personnelles de la personne assurée et ses ayants droit identifiées et décrites ci-dessous :

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données du participant et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
Données d'identification Données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé du participant Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle Données relatives à l'appréciation du risque	<ul style="list-style-type: none">La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupeL'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que le participant et ses ayants droit exprimentLa gestion des avis du participant et de ses ayants droit sur les produits, services ou contenus que Malakoff Humanis ou ses partenaires proposentL'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieuxL'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de la non réidentification du participant	Les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données Les sous-traitants éventuels Les délégataires de gestion Les intermédiaires d'assurance Les réassureurs et coassureurs	Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction : des finalités pour lesquelles les données sont collectées de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat des obligations légales de Malakoff Humanis

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à l'inscription du participant sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ▪ A ce titre, Malakoff Humanis peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine ▪ La proposition à la personne assurée et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par Malakoff Humanis ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités. ▪ la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et de ses <i>ayants droit</i> 	<p>Les organismes professionnels habilités</p> <p>Les partenaires</p> <p>Les sociétés extérieures</p>	<p>des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation</p>
<p>Données relatives à la santé du participant : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses <i>ayants droit</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale 	<p>Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical de Malakoff Humanis Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019</p>	

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données personnelles du participant et des ayants droit ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Le participant a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du participant et de ses ayants droit est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé.

A ce titre, les données personnelles relatives à la santé du participant et celles de ses ayants droit sont traitées dans des conditions :

- Garantissant un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données du participant et de ses ayants droit.
- Permettant de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et permettant d'informer le participant dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés.

Si les données personnelles du participant et de ses ayants droit venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne. Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Le participant et ses ayants droit disposent de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de leurs données) qu'ils peuvent exercer :

- Via le site internet Malakoff Humanis dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- Par mail à dpo@malakoffhumanis.com

ou

- Par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Lafitte 75317 Paris Cedex 9

Le participant et ses ayants droit peuvent formuler une réclamation auprès de la CNIL, et s'opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection de Malakoff Humanis.

Protection des données à caractère personnel par AG2R Prévoyance

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont traitées par l'organisme assureur, membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution du contrat. Les données sont conservées jusqu'à la résiliation du contrat, puis conformément au délai de prescription en vigueur.

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

- La réalisation d'analyses et d'études pour mettre au point de nouvelles offres ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection commerciale ; ladite prospection commerciale, lorsqu'elle est réalisée par voie électronique, est assurée par le GIE AG2R et ses membres. Pour cette finalité, les données sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact du prospect avec l'organisme assureur (1) ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies lors de la souscription ou l'exécution des contrats.

Enfin, les données sont utilisées afin de répondre à nos obligations légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées.

La liste des destinataires est détaillée dans la politique de protection des données personnelles accessible sur notre site internet.

En cas de transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure que le destinataire présente des garanties appropriées pour assurer une protection des données.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Ils détiennent également, sous certaines conditions, un droit à la portabilité de leurs données, un droit d'opposition et de limitation au traitement de celles-ci. En matière de prospection commerciale, ils peuvent s'opposer à tout moment et sans justification. Ils ont par ailleurs la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos formulaires en ligne, par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS.

Nous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il est possible de s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

Pour en savoir plus : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

(1) Sont exclus de ces opérations les contrats apportés par un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'organisme assureur est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'organisme assureur par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance dès l'entrée en relation d'affaire et pendant toute la durée de vie du contrat.

Pour ces raisons, l'organisme assureur peut être amené à recueillir des informations afin de vérifier l'identité de l'adhérent ou du bénéficiaire et de justifier des opérations réalisées.

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

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

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

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

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

Mesures restrictives et sanctions internationales :

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

Article 5 – Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

– en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;

– en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

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

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique , avec avis de réception lorsque l'organisme assureur s'adresse à l'adhérent ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque le participant ou ses ayants droit s'adresse(nt) à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Suspension de la prescription

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

Article 6 – Contrôle

Contrôle des données – Fausse déclaration

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

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

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du participant ou de la part de l'adhérent de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'assureur.

L'assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

Déchéance

Le participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

Contrôle médical

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

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

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

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

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

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

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

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

Recouvrement des prestations

L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer au participant les prestations indûment versées (y compris en cas de versement à tort par la Sécurité sociale).

Garanties santé

Article 7 - Garanties

Actes et frais garantis

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties en annexe de la présente notice d'information, selon la formule souscrite par l'entreprise. Le choix effectué par l'entreprise, rappelé au début de la présente notice d'information, s'impose à l'ensemble des salariés et de ses éventuels ayants droits couverts par le contrat.

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

Maternité – adoption

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

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

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

Article 8 - Suspension des garanties

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

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

Article 9 - Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail indemnisée :

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

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

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

Dans une telle hypothèse, les cotisations patronales et salariales seront maintenues et réglées dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont relève le participant, à savoir trimestriellement à terme échu auprès de l'entreprise.

Suspension du contrat de travail non indemnisée :

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

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

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

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

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

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

Le présent paragraphe définit les modalités d'application du dispositif de portabilité visé par l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale (article 1er de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

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

Date d'effet

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

Participants

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

Ils bénéficient du maintien des garanties lorsque :

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

Bénéficiaires

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

Durée – Limites

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

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

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

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente et/ou le participant doit :

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

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

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

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

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

Garanties

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

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

Paiement des prestations

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

Cotisations

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

Changement d'organisme assureur

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

Article 10 - Cessation des garanties

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 11 - Limites des garanties - Exclusions

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

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France. Si la caisse du régime de base obligatoire à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par le régime de base obligatoire et selon les garanties prévues au contrat ;

- non remboursés par les régimes de base obligatoires ;
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
 - engagés 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 ;
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
 - la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du Code de la santé publique ;
 - tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation. Celui-ci ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ;
 - 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 ;
 - les frais liés à l'application du coefficient de minoration prévu à l'article L. 322-5 du code de la Sécurité sociale en cas de refus du patient par le bénéficiaire du transport partagé proposé.
- *montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.

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

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

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

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

À l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

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

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

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

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

Article 12 - Plafond des remboursements

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

La participation de l'assureur ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent régime.

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

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

Encadrement de l'orthodontie et de la parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale :

Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'État. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

Concernant la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement.

Les actes « codés » NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non- inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale.

Article 13 - Règlement des prestations

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

Les prestations sont remboursées :

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

Les prestations sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé en cas de tiers payant.

Dans le cadre de l'échange NOEMIE avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'assuré, aucune démarche particulière n'est à effectuer. Toutefois, le remboursement de certains actes énoncés ci-après est conditionné à la présentation des factures. Dans ces cas, les justificatifs suivants sont à fournir par l'assuré à l'organisme assureur. Il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

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

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

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

Cures thermales	– Factures originales détaillées de l'établissement thermal mentionnant l'ensemble des dépenses, y compris les frais de transport et d'hébergement, et décomptes originaux de la Sécurité sociale.
Prothèses capillaires	- Facture détaillée et acquittée par l'assuré - Prescription
Location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH)	- Facture détaillée et acquittée par l'assuré - Prescription

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

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

Les prestations sont servies dans un délai maximum de 48 heures en échange NOEMIE ou de 6 jours ouvrés à réception des décomptes originaux de la Sécurité sociale accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

Conformément à l'article 4 « Informatiques et liberté, » l'organisme assureur peut conformément à la réglementation applicable, dans le cadre de ses prérogatives et finalités de traitement décrites, être amenée à demander au participant, à tout moment, les pièces justificatives suivantes :

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

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

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

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

Article 14 - Tiers payant

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

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

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

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

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

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

Spécificité du tiers payant pour le « 100% Santé » :

Le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers « 100 % santé » des postes optique, dentaire, aide auditive, matériel médical dits « sans reste à charge », c'est à dire à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente (PLV) et des honoraires limites de facturation (HLF) définis règlementairement.

Article 15 - Cotisations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au 01.04.2026.

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

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

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

Régime collectif obligatoire

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

Maintien des garanties à titre individuel

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

Il en est de même dans le cas où l'ancien salarié a souhaité bénéficier du maintien de sa couverture dans le cadre de la Loi Evin (article 4).

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

Le contrat ou l'adhésion individuelle non résilié(e) reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 16 - Renseignements - Réclamation - Médiation

Pour toute demande d'information relative au contrat, l'adhérent, le participant, l'ancien participant et les ayants droit peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel selon les modalités proposées par l'organisme assureur.

Pour toute réclamation au contrat, celle-ci peut également être adressée aux coordonnées figurant à l'annexe « Coordonnées des organismes assureurs ».

Le service réclamation assureur accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'organisme assureur ou le gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent, le participant, l'ancien participant et les ayants droit peuvent s'adresser au Médiateur de la Protection Sociale (Fédération des institutions paritaires de protection sociale - FIPS), à l'adresse suivante : M. le Médiateur de la Protection sociale FIPS, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/>

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Le Médiateur formulera un avis à réception du dossier complet et déclaré recevable.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

Annexe 1 – Tableau de garanties

Les niveaux d'indemnisation dépendent de la formule retenue par l'entreprise (parmi les 4 formules au choix proposés) : ESSENTIEL / CONFORT / SUMMUM / OPTIMUM.

Les niveaux d'indemnisation indiqués dans les tableaux de garanties s'entendent y compris le remboursement effectué par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Glossaire / abréviations :

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

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (montant en euros qui sert de référence pour le calcul de certaines prestations et qui évolue normalement chaque année au 1^{er} janvier).

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

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

DPTM = Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-ACO)

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique

En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

100 % Santé :

Tel que défini réglementairement, dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives, de soins et prothèses dentaires, de prothèses capillaires et du forfait de location de courte durée d'un véhicule pour personne handicapée, définis réglementairement et intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur, à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

Prix maximum de vente à l'assuré social d'un dispositif médical. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

HLF = Honoraires Limites de Facturation fixés selon la réglementation en vigueur, à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

Montant maximum pouvant être facturé à un assuré social pour un acte donné.

An = Annuité appréciée par année civile dans les postes de garanties y faisant référence.

Mon soutien psy :

Séances d'accompagnement par un psychologue conventionné, dans le cadre du dispositif « **Mon soutien psy** ». Pour prendre rendez-vous avec un psychologue partenaire, il est possible de consulter l'annuaire en ligne sur monsoutienpsy.ameli.fr.

SMUR = Structure mobile d'urgence et de réanimation.



	ESSENTIEL (si choisi)	CONFORT (si choisi)	SUMMUM (si choisi)	OPTIMUM (si choisi)
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et maternité)	Niveaux d'indemnisation (secteur conventionné ou non conventionné)			
Frais de séjour				
En établissement conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
En établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires (actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques médicaux et autres honoraires)				
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 % BR	280 % BR	480 % BR	480 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier				
Forfait réglementaire non remboursé par la Sécurité sociale, sans limitation de durée	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence « FPU » (1)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes dits « lourds » (2)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (3)				
En hospitalisation - par nuitée	40 €	65 €	85 €	115 €
En ambulatoire - par journée	20 €	32,50 €	42,50 €	57,50 €
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) sur présentation d'une facture, non remboursés par la Sécurité sociale				
Par enfant à charge dont l'âge est < à 16 ans - par jour	30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)				
Par enfant (limité à un paiement par enfant déclaré)	-	20 % PMSS	20 % PMSS	20 % PMSS

- (1) Facturation forfaitaire réglementaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.
(2) Facturation forfaitaire réglementaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifié de « lourd ») prévu au I de l'article R 160.16 du code de la Sécurité sociale.
(3) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.



	ESSENTIEL (si choisi)	CONFORT (si choisi)	SUMMUM (si choisi)	OPTIMUM (si choisi)
DENTAIRE	Niveaux d'indemnisation (secteur conventionné ou non conventionné)			
Soins et prothèses 100 % Santé (dans la limite des HLF)	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
Soins et prothèses autres que 100 % Santé				
Paniers à tarifs maîtrisés (dans la limite des HLF) ou à tarifs libres, tels que définis réglementairement, remboursés par la Sécurité sociale				
• Inlay, onlay	150 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % BR
• Inlay core	125 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
• Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150 % BR	350 % BR	450 % BR	600 % BR
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie				
Remboursée par la Sécurité sociale (forfait / semestre de traitement / bénéficiaire)	150 % BR	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale (forfait / semestre de traitement / bénéficiaire, limité à 4 semestres)	50 % BR	150 % BR	250 % BR	400 % BR
Implantologie (pose de l'implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier et couronne)				
Crédit / an / bénéficiaire	-	500 €	750 €	-
Forfait par implant (limité à 2 implants / an / bénéficiaire)	-	-	-	1000 €
Parodontologie				
Non remboursée par la Sécurité sociale (Crédit / an / bénéficiaire)	-	-	-	500 €



	ESSENTIEL (si choisi)	CONFORT (si choisi)	SUMMUM (si choisi)	OPTIMUM (si choisi)
AIDES AUDITIVES	Niveaux d'indemnisation (secteur conventionné ou non conventionné)			
Équipements 100 % Santé (dans la limite des PLV) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement (1)	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
Équipements libres Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement (1)				
Aide auditive (hors accessoires)	100 % BR	100 % BR	1 200 €	1 700 €
Accessoires et fournitures				
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) 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).

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).



	ESSENTIEL (si choisi)	CONFORT (si choisi)	SUMMUM (si choisi)	OPTIMUM (si choisi)
OPTIQUE	Niveaux d'indemnisation (secteur conventionné ou non conventionné)			
Équipements 100 % Santé (dans la limite des PLV) (1)				
Equipements de Classe A (1 monture + 2 verres), tels que définis réglementairement (2)	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
Prestation d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
Équipements libres (1)				
Equipements de Classe B (1 monture + 2 verres), tels que définis réglementairement (2)				
Par verre simple	50 €	80 €	100 €	120 €
Par verre complexe	75 €	100 €	140 €	160 €
Par verre très complexe	100 €	200 €	300 €	350 €
Par monture de lunettes	50 €	100 €	100 €	100 €
Prestations supplémentaires portant sur l'équipement optique (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 (dans la limite des PLV)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B uniquement (dans la limite des PLV)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système anti-ptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles				
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (crédit / an / bénéficiaire)	100 % BR + 160 €	100 % BR + 350 €	100 % BR + 450 €	100 % BR + 600 €
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (crédit / an / bénéficiaire)	160 €	350 €	450 €	600 €
Chirurgie optique réfractive (Forfait / œil / bénéficiaire)	-	500 €	750 €	850 €

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

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grille optique « verres de classe B »			
VERRES UNIFOCAUX /MULTIFOCAUX /PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Type de verres
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	simple
		SPH > 0 et S > + 6	complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	complexe
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	complexe		
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	très complexe
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	très complexe		

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



	ESSENTIEL (si choisi)	CONFORT (si choisi)	SUMMUM (si choisi)	OPTIMUM (si choisi)
SOINS COURANTS	Niveaux d'indemnisation (secteur conventionné ou non conventionné)			
Honoraires médicaux				
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste :				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	170 % BR	250 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	195 % BR	250 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques (1) y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux, actes de chirurgie				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 % BR	195 % BR	250 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 % BR	170 % BR	250 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire, remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de psychologues				
Consultation / visite / consultation en ligne de psychologue remboursée par la Sécurité sociale (dispositif « Mon soutien Psy »)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait actes dits « lourds » (2)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Matériel médical (hors aide auditive, optique et dentaire)				
Equipements 100 % Santé :				
• Prothèses capillaires de Classe II (dans la limite des PLV) (3)	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
• Véhicules pour Personnes Handicapées (VPH) : Forfait de Location de Courte Durée (LCD) (4)	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
Equipements autres que 100% Santé :				
• Prothèses capillaires de Classe I (dans la limite des PLV) (3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Prothèses capillaires de Classe III (dans la limite des PLV) et de Classe IV (3)	100 % BR	200 % BR	350 % BR	500 % BR
• Orthopédie et autres appareillages et prothèses médicales, remboursés par la Sécurité sociale (dans la limite des PLV si prévu)	100 % BR	200 % BR	350 % BR	500 % BR
Frais de transport sanitaire				
Frais de transports (hors SMUR), remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cures thermales, remboursées par la Sécurité sociale				
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	50 €	250 €	500 €	500 €
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel de santé				
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe (professionnel de santé recensé au RPPS ou FINESS et/ou justifiant d'un diplôme d'état permettant d'exercer dans la discipline)				



	ESSENTIEL (si choisi)	CONFORT (si choisi)	SUMMUM (si choisi)	OPTIMUM (si choisi)
SOINS COURANTS	Niveaux d'indemnisation (secteur conventionné ou non conventionné)			
• Montant par séance	-	30 €	40 €	70 €
• Nombre de séances maximum par an	-	2 séances	3 séances	3 séances
Prévention				
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Dispositifs prévus aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

(2) Facturation forfaitaire réglementaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifié de « lourd ») prévu au I de l'article R 160.16 du code de la Sécurité sociale.

(3) Dispositifs définis par la réglementation, comprenant un accessoire textile.

(4) Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, selon les modalités de prise en charge définies par l'arrêté du 06 février 2025, ainsi que dans les conditions et limites précisées par le décret du 26 novembre 2025. La Location de Courte Durée (LCD) d'un VPH est limitée à trois mois, renouvelable une fois (ou selon les modalités prévues par la réglementation).

Annexe 2 - Coordonnées des organismes assureurs

ORGANISMES ASSUREURS	RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
<p>Malakoff Humanis Prévoyance</p>	<p>Service Réclamations Particuliers Assurance - 78087 Yvelines Cedex 9 Ou reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com Ou sur l'espace Assuré</p>	<p>• par courrier à : Fédération des institutions paritaires de protection sociale 10 rue Cambacérés 75008 Paris</p> <p>• ou par mail à : https://fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/</p>	<p>• par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9</p> <p>• ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com</p>
<p>AG2R Prévoyance</p>	<p>Demande de renseignements : Après de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) : pour les entreprises au 09 72 67 22 22, pour les particuliers au 09 69 32 20 00.</p> <p>Réclamation : Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'organisme assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat [le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s)-droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).</p> <p>- Par internet sur le site internet de l'organisme assureur : www.ag2ramondiale.fr ; - Via l'espace client ; - Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX - Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22 pour les entreprises, 09 69 32 20 00 pour les particuliers.</p>	<p>- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/</p> <p>- Par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale 10, Rue Cambacérés 75008 Paris</p>	<p>• par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à : AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex</p> <p>• ou par courriel à : informatique.libertes@ag2ramondiale.fr</p>

Annexe 3 - Échanges dématérialisés auprès d'AG2R Prévoyance

Définition

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

- à partir de « l'Espace Client » du participant (Espace Client Participant) qui est un espace en ligne sécurisé accessible depuis le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;
- et/ou à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le participant (ou renseignée par le participant sur l'Espace Client le cas échéant).

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

Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Droit d'opposition du participant

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

ESPACE CLIENT DE L'ADHÉRENT

Chaque entreprise adhérente éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet du Groupe AG2R LA MONDIALE (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) auquel elle accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux indications mentionnées dans le contrat.

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

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

ESPACE CLIENT DU PARTICIPANT

Chaque participant éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet du Groupe AG2R LA MONDIALE (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) auquel il accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux indications mentionnées dans la notice d'information du contrat.

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

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



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

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



CG (01/04/26) – Avril 2026 - Pole contrat Chartres