



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—

NOTICE D'INFORMATION

Conventions collectives des Agences de voyage, guides et accompagnateurs

Ensemble du personnel
Garanties au 1^{er} janvier 2017

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	4
---------------------	----------

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE	5
---------------------------------	----------

RÉGIME DE BASE	
Quel est l'objet de ce régime ?	5
Quel est le personnel concerné ?	5
Comment bénéficier de ce régime ?	5
Quels sont les actes et frais garantis ?	5
Résumé des garanties	6
Quand débutent les garanties ?	8
Quand cessent-elles ?	8
Peuvent-elles être maintenues ?	8
Cotisations	10

VOS RÉGIMES FACULTATIFS	11
--------------------------------	-----------

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT	
Quel est l'objet du régime ?	11
Quels sont les bénéficiaires ?	11
Comment souscrire ?	11
Quels sont les actes et frais garantis ?	11
Quand débutent les garanties ?	11
Quand cessent les garanties ?	12
Cotisations	12

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF	
Quel est l'objet du régime ?	13
Quels sont les bénéficiaires ?	13
Comment souscrire ?	13
Quels sont les actes et frais garantis ?	13
Résumé des garanties	14
Quand débutent les garanties ?	16
Quand cessent-elles ?	16
Conditions de changement de niveau de garantie	16
Cotisations	16

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS	
Durée de l'affiliation	17
Indexation	17
Adhésion à distance	17
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	18

GÉNÉRALITÉS	19
--------------------	-----------

Exclusions et limites de la garantie	19
Plafond des remboursements	20
Prescription	20
Territorial	20
Recours contre les tiers responsables	20
Réclamations - médiation	20
Informatique et libertés / lutte contre la fraude	20
Autorité de contrôle	21

MODALITÉS DE GESTION	22
Comment s'effectuent vos remboursements ?	22
Tiers payant	23
Accords de prise en charge	23
Quelques informations utiles	24
Les services	25
Nous contacter	25
Exemples de remboursements	26

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	28
--	-----------

PRÉSENTATION

VOTRE **ENTREPRISE** RELEVANT DES CONVENTIONS COLLECTIVES DES AGENCES DE VOYAGE, GUIDES ET ACCOMPAGNATEURS* A MIS EN PLACE DES GARANTIES **FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE** AU PROFIT DE L'ENSEMBLE DE SON PERSONNEL.

* CCN du personnel des agences de voyages et de tourisme (IDCC: 1710).

CCN des guides accompagnateurs et accompagnateurs au service des agences de voyage et de tourisme (IDCC: 412).

CC des guides interprètes de la région parisienne (IDCC: 349).

Ces garanties comprennent :

- un régime de **base obligatoire** pour vous-même et **facultatifs pour vos ayants droit** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif**, pour vous-même et vos ayants droit, si vous souhaitez **améliorer le remboursement** des frais garantis par le régime de base.

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

La garantie figurant dans la présente notice est assurée par AG2R Réunica Prévoyance, membre de AG2R LA MONDIALE.

Cette notice s'applique à compter du **1^{er} janvier 2017**.

La NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

RÉGIME DE BASE

QUEL EST L'OBJET DE CE RÉGIME ?

Vous faire bénéficier d'une complémentaire santé dont le coût est pris en charge en partie par votre entreprise.

Ce régime complète les remboursements de la Sécurité sociale en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation**, dans la limite des frais réellement engagés.

professionnelle, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé des garanties ci-après.

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant des Conventions collectives des Agences de voyages, guides et accompagnateurs.

COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME ?

Complétez la partie « ADHÉSION OBLIGATOIRE - Régime de base » du bulletin d'affiliation santé puis remettez-le à votre employeur, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire,...).

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la Sécurité sociale française au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie**

MODIFICATION DE SITUATION

En cas de modification (changement d'adresse, de coordonnées bancaires,...), informez-en votre centre de gestion.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Les prestations s'entendent **en complément** de la part Sécurité sociale.

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

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

POSTES	PRESTATIONS INSTITUTION ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	
• Pour le secteur conventionné	200 % BR
• Pour le secteur non conventionné	100 % TM
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR *
Chambre particulière	1 % PMSS / nuit
Lit d'accompagnant d'un enfant à charge de -18 ans ⁽²⁾	1 % PMSS / nuit
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % TM
Actes médicaux	
Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	50 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % TM
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	80 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	50 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % TM
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	50 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % TM
Auxiliaires médicaux	50 % BR
Analyses, laboratoires	50 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % TM
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	130 % BR
Orthopédie et autres prothèses	65 % BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Soins dentaires	100 % TM
Inlay simple, onlay	100 % TM
Prothèses dentaires	125 % BR
Inlay core et inlay à clavettes	125 % BR
Orthodontie	125 % BR

POSTES**PRESTATIONS INSTITUTION ⁽¹⁾**

Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽³⁾

Monture	100 €
Verre adulte unifocal	60 € / verre
Verre adulte multifocal	100 € / verre
Verre enfant unifocal (- 18 ans)	50 € / verre
Verre enfant multifocal (- 18 ans)	80 € / verre
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	Crédit de 100 € / an / bénéficiaire

Actes de prévention

1 détartrage annuel

Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale et inscrits au calendrier vaccinal	100 % TM
---	----------

Garantie AG2R LA MONDIALE assistance ⁽⁴⁾ - N° de convention 921780

Tél. 01 41 05 70 30	Incluse
---------------------	---------

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : C.A.S. = contrat d'accès aux soins. OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = frais réels.

TM = ticket modérateur.

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3269 € au 1^{er} janvier 2017 (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale.php).

* Limitation de la prestation à 225 % de la BR (y compris la part Sécurité sociale).

(1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

(2) Sur présentation d'un justificatif.

(3) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(4) Garantie gérée par la société d'assistance Mondial assistance (siège social : 2 rue Fragonard, 75807 PARIS CEDEX 17).

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

- À la date d'effet du contrat d'adhésion de votre entreprise si vous êtes présent à l'effectif ;
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

QUAND CESSENT-ELLES ?

- Au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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

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

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En tout état de cause, le maintien des garanties (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Sans indemnisation

Les garanties peuvent être maintenues au salarié en congé sans solde (ex : congé parental d'éducation, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé pour création d'entreprise, congé de formation,...) moyennant le paiement de la cotisation correspondante. Dans ce cas, la totalité de la cotisation, à la charge de l'assuré, est prélevée directement sur son compte bancaire.

POUR LES GUIDES ET ACCOMPAGNATEURS

Compte tenu de la particularité de l'activité des « guides et accompagnateurs », dont les contrats de travail sont de très courte durée (pouvant être de

quelques heures ou jours sur le mois) et qui sont le plus souvent embauchés par plusieurs employeurs différents, des modalités spécifiques de durée et de financement sont mises en œuvre.

Cette spécificité permettra de garantir la meilleure péréquation des risques et de leur éviter une interruption de couverture entre leurs interventions professionnelles.

Lorsque la durée prévue du contrat de travail d'un de ces salariés est inférieure à douze mois, l'adhésion au contrat de remboursement santé est maintenue, par principe, jusqu'au terme des douze mois précités.

Les modalités de financement de la couverture de base obligatoire sont définies ainsi :

- Financement du salarié

Dès lors que le guide ou l'accompagnateur adhère au présent régime, il s'engage sur une adhésion de 12 mois et acquitte mensuellement et en totalité la cotisation globale finançant le régime (équivalent à la part patronale et salariale), directement auprès de l'Institution et ceci pendant la durée de son adhésion.

- Financement de l'employeur

L'entreprise qui a adhéré au présent régime, rembourse la quote-part minimale de la contribution patronale mensuelle, à l'issue de chaque mois, sur le bulletin de paie, soit en fonction des modalités prévues par l'Accord collectif de branche du 21/09/2015 (article 5-3-2) soit, si elle est supérieure, selon les modalités prévues dans l'acte juridique interne applicable à l'entreprise.

Toute journée de travail au titre de laquelle le salarié effectue une mission, quel qu'en soit le nombre d'heures, est reconnue comme une journée pleine.

Le maintien de cette adhésion s'entend sans préjudice des dispositions applicables en matière de portabilité.

En cas de portabilité, à la demande du salarié et sur justification auprès de l'Institution du bénéfice du maintien de garantie en application des dispositions prévues, l'Institution rembourse le reliquat des cotisations correspondant à la période de portabilité.

EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS

La garantie est maintenue aux **anciens salariés** ainsi qu'à leurs **ayants droit ayant souscrit au régime de base facultatif**, lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail chez leur dernier employeur et lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE BASE

Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de AG2R Réunica Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation à titre individuel et de son propre fait.

pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien de garantie s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision de la garantie des salariés en activité, la garantie des anciens salariés bénéficiant du maintien de garantie est modifiée ou révisée dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien de garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du salarié et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois**.

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 de la garantie qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien de la garantie au titre du dispositif de portabilité cesse :

- lorsque l'ancien salarié reprend un autre emploi, ou
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou
- en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Le maintien de garantie au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Formalités de déclaration

L'employeur et / ou l'ancien salarié doit :

- signaler le maintien de la garantie 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 du salarié, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné :
 - de la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité,
 - d'une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi,
 - et des cartes de tiers payant en cours de validité.

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien de la garantie 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 de l'ancien salarié et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus. Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien de la garantie.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi ;
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- le décès de l'ancien salarié.

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.

EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Loi Évin

L'institution propose, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux aux **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 que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient.

Ayants droit d'un salarié décédé

En cas de décès du salarié, y compris en période de portabilité des droits prévu au titre du paragraphe « En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits », le régime de base est maintenu, à titre gratuit, à ses ayants droit ayant souscrit à ce régime à titre facultatif, et ce pendant une période de 12 mois courant à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès du salarié, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Le régime surcomplémentaire facultatif quant à lui n'est pas maintenu.

Ces ayants droit devront en faire la demande et remplir un bulletin d'affiliation. L'affiliation prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation, et au plus tôt, le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du salarié, et au plus tard au lendemain de la réception de la demande.

Cessation des garanties collectives

En cas de cessation des garanties, vous pouvez

vous affilier, ainsi que vos bénéficiaires à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent vous être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé.

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

COTISATIONS

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

Les montants de cotisations figurent sur votre bulletin de salaire.

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

Le régime de base facultatif est applicable si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Faire bénéficier votre famille du régime de base.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE D'UNE COTISATION « AYANTS DROIT SUPPLÉMENTAIRE »

- Votre **conjoint**, par conjoint, il faut entendre :
 - le conjoint marié au sens des articles 143 et suivants du Code civil,
 - le partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil.
- vos **enfants à charge**, à savoir :
 - les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
 - les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) 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 vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

COMMENT SOUSCRIRE ?

Complétez la partie « Ajout des ayants droit » au régime de base conventionnel du bulletin d'affiliation santé.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définies au résumé des garanties figurant page 6.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

- Au 1^{er} jour du mois de la date d'effet demandée sur le bulletin d'affiliation ;
- ou le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre bulletin d'affiliation par AG2R Réunica Prévoyance si vous n'avez pas indiqué de date d'effet si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

BÉNÉFICIE DU RÉGIME POUR LES AYANTS DROIT

Le bénéfice du régime de base facultatif pour les ayants droit est possible si le salarié est affilié au régime de base obligatoire.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

COTISATIONS

Les cotisations sont prélevées sur votre compte bancaire.

En cas de non-paiement dans le délai de dix jours suivant la date de votre échéance, l'institution vous adresse une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'institution vous informe de la cessation automatique de la garantie.

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

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

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Améliorer les remboursements de votre régime de base.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION « ISOLÉ »

Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise.

SOUS RÉSERVE D'UNE COTISATION « FAMILLE »

- **Vous-même**, assuré social, salarié de l'entreprise;
- votre **conjoint**, par conjoint, il faut entendre :
 - le conjoint marié au sens des articles 143 et suivants du Code civil,
 - le partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil.
- vos **enfants à charge**, à savoir :
 - les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
 - les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
 - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) 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 vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

COMMENT SOUSCRIRE ?

Complétez la partie « Souscription au régime surcomplémentaire facultatif » du bulletin d'affiliation santé.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

BÉNÉFICE DU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime de base est obligatoire. Par ailleurs, l'affiliation au régime surcomplémentaire s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires du régime de base.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Les prestations s'entendent y compris la garantie de base.

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

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

POSTES	PRESTATIONS INSTITUTION ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour - hospitalisation médicale	
• Pour le secteur conventionné	100 % FR - RSS
• Pour le secteur non conventionné	80 % FR - RSS
Frais de séjour - hospitalisation chirurgicale	
• Pour le secteur conventionné	100 % FR - RSS, dans la limite de 400 % BR
• Pour le secteur non conventionné	80 % FR - RSS, dans la limite de 400 % BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	400 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR *
Chambre particulière, y compris maternité	3 % PMSS / nuit (soit 98,07 € au 01/01/2017)
Lit d'accompagnant d'un enfant à charge de -18 ans ⁽²⁾	3 % PMSS / nuit (soit 98,07 € au 01/01/2017)
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % TM
Actes médicaux	
Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR
Auxiliaires médicaux	200 % BR
Analyses, laboratoire	200 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % TM
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	300 % BR
Orthopédie et autres prothèses	200 % BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Soins dentaires	200 % BR
Inlay simple, onlay	200 % BR

POSTES	PRESTATIONS INSTITUTION ⁽¹⁾
Prothèses dentaires	300 % BR
Inlay core et inlay à clavettes	300 % BR
Orthodontie	200 % BR

Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽³⁾

Monture	150 €
Verre adulte unifocal	100 € / verre
Verre adulte multifocal	200 € / verre
Verre enfant unifocal (- 18 ans)	80 € / verre
Verre enfant multifocal (- 18 ans)	150 € / verre
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	Crédit de 200 € / an / bénéficiaire

Actes de prévention

1 détartrage annuel	
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale et inscrits au calendrier vaccinal	100 % TM

Garantie AG2R LA MONDIALE assistance ⁽⁴⁾ - N° de convention 921780

Tél. 01 41 05 70 30	Incluse
---------------------	---------

D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : C.A.S. = contrat d'accès aux soins. OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = frais réels.

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

TM = ticket modérateur.

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3269 € au 1^{er} janvier 2017 (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale.php).

* Limitation de la prestation à 225 % de la BR (y compris la part Sécurité sociale).

(1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

(2) Sur présentation d'un justificatif.

(3) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(4) Garantie gérée par la société d'assistance Mondial assistance (siège social : 2 rue Fragonard, 75807 PARIS CEDEX 17).

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

- Au plus tôt, à la date d'entrée du salarié dans l'entreprise ou à la date de mise en place du régime dans l'entreprise;
- à la date de modification substantielle de la situation familiale du salarié (naissance, adoption, mariage, conclusion ou dénonciation d'un pacs, divorce, décès), de la rupture du contrat de travail de son conjoint ou du passage en ALD ou invalidité, si la demande intervient dans les 3 mois suivant celle-ci;
- si la demande n'a pas été transmise dans les délais prévus ci-dessus, le participant n'est admis au bénéfice du régime supplémentaire qu'au 1^{er} janvier suivant la demande d'admission, à condition d'en avoir formulé la demande 2 mois avant l'échéance.

QUAND CESSENT-ELLES ?

Pour **vous-même** :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail;
- en cas de résiliation de votre part;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire.

Dans ce cas, la résiliation s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires.

Pour **vos éventuels ayants droit** :

- en cas de résiliation de votre part;
- à l'expiration du mois au cours duquel ils ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de base facultatif;
- en cas de non-paiement des cotisations;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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

CONDITIONS DE CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

La durée minimale d'affiliation au régime surcomplémentaire est de deux ans, sauf modification de la situation familiale du salarié (naissance, adoption, mariage, conclusion ou dénonciation d'un pacs, divorce, décès), rupture du contrat de travail de son conjoint ou reconnaissance d'une situation de

surendettement, et la résiliation doit être demandée dans les deux mois suivant l'événement.

Toute demande de radiation au régime surcomplémentaire s'appliquera pour une durée minimale de 4 ans, sauf changement ultérieur de la situation de famille (naissance, adoption, mariage, conclusion ou dénonciation d'un pacs, divorce, décès) ou rupture du contrat de travail du conjoint.

COTISATIONS

Les cotisations sont prélevées, sur le compte bancaire de l'assuré.

En cas de non-paiement dans le délai de dix jours suivant la date de votre échéance, l'institution adresse une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'institution informe l'assuré de la cessation automatique de la garantie.

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

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

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

DURÉE DE L’AFFILIATION

Vous êtes affilié, ainsi que vos éventuels bénéficiaires pour une période se terminant le 31 décembre de l’année en cours et se renouvelant à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation de votre affiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d’année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif Couverture Mutuelle Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

INDEXATION

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l’évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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

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

ADHÉSION À DISTANCE

DÉFINITION

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

ÉLÉMENTS COMMUNIQUÉS À L’ASSURÉ

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

- 1/la dénomination de l’entreprise d’assurance contractante, l’adresse de son siège social, lorsque l’entreprise d’assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d’immatriculation, les coordonnées de l’autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l’adresse de la succursale qui propose la couverture ;
- 2/le montant total de la ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de

cette ou cotisation permettant à l’assuré de vérifier celle-ci ;

- 3/la durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- 4/la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la ou cotisation ainsi que l’indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l’utilisation d’une technique de commercialisation à distance ;
- 5/l’existence ou l’absence d’un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l’adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L’adhérent doit également être informé du montant de ou de cotisation que l’assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d’effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l’expiration du délai de renonciation ;
- 6/la loi sur laquelle l’assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l’assureur s’engage à utiliser, avec l’accord de l’assuré, pendant la durée du contrat ;
- 7/les modalités d’examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l’existence d’une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d’intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l’existence de fonds de garantie ou d’autres mécanismes d’indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

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

DROIT À RENONCIATION

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

- à compter de la date de signature du bulletin d’adhésion ;
- ou à partir du jour où l’assuré reçoit les conditions

d'adhésion et le présent document (si cette date est postérieure).

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

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

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

DÉFINITION

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

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. AG2R Réunica Prévoyance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de

plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à AG2R Réunica Prévoyance si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation

MODÈLE DE RENONCIATION

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

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

J'ai souscrit une adhésion pour un produit auprès de votre organisme

le : .../... /, sous le numéro :

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

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

Date et Signature

NOTA BENE

La faculté de renonciation est impossible pour le régime de base obligatoire.

GÉNÉRALITÉS

EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE

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

EXCLUSIONS

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

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ;
- relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci ; la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France (si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'institution sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties souscrites).

L'institution ne prendra pas en charge les soins indemnisés au titre :

- de la législation sur les pensions militaires ;
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;

- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

LIMITES DE LA GARANTIE

- Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale : lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'assureur.
- 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 classification.
- 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 dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles) : le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.
- 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'assureur.
- Pharmacie : pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire se fera également sur cette base.
- Maternité : la garantie maternité n'intervient 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'article D.331 du Code de la Sécurité sociale prévoit que cette période débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après l'accouchement.
- Frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné : la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité sociale ; cette limite de 90 jours ne s'applique pas à la prise en charge du forfait hospitalier.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

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

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'institution à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

TERRITORIAL

Les garanties s'appliquent, sur l'ensemble du territoire national comprenant les départements et régions d'Outre-mer, aux contrats de travail régis par le droit du travail français.

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

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

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'entreprise adhérente.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à :

- AG2R LA MONDIALE - Direction de la Qualité - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08.

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

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

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

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

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les données à caractère personnel traitées par votre Organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Ces données seront conservées pour la durée de

votre contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE - À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés - 104/110 bd Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08, ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

En application de l'article 40-1 de la même loi, nous vous informons que vous disposez du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Institution est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

MODALITÉS DE GESTION

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOÉMIE »), les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) transmettent directement à AG2R Réunica Prévoyance l'ensemble des informations concernant vos remboursements; si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à la CPAM uniquement**.

Si cette procédure n'est pas encore en service, vous devez adresser au centre de gestion l'original du décompte Sécurité sociale ainsi que la facture des soins, le cas échéant, afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

Sous réserve de leur affiliation, cette procédure ne fonctionne pas pour :

- les conjoints bénéficiaires de ce système à titre personnel (complémentaire santé d'entreprise ou personnelle,...);
- les bénéficiaires couverts par certains régimes de base spécifiques (SNCF,...).

Si votre conjoint (ou concubin ou partenaire pacsé) possède déjà une complémentaire santé professionnelle obligatoire (souscrite par son employeur auprès d'un autre organisme assureur), il doit demander le remboursement de ses soins de santé en premier lieu auprès de cet organisme. Dans ce cas, le remboursement complémentaire au titre de la présente garantie ne peut être automatisé selon la norme NOEMIE. Cette mesure ne supprime en rien ses droits au remboursement. En effet, s'il reste des frais à la charge de votre conjoint, AG2R Réunica Prévoyance remboursera en complément de sa première complémentaire santé, dans la limite de la garantie définie dans la présente notice et sur présentation de l'original du décompte de ladite complémentaire santé.

ATTENTION

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire. Le gestionnaire adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées.

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

Pour l'affiliation

- La demande individuelle d'affiliation remplie, datée et signée par l'assuré et par l'entreprise;
- la photocopie de l'attestation d'affiliation à la Sécurité sociale pour chaque membre de la famille assuré social;
- un relevé d'identité bancaire;
- l'ensemble des justificatifs pour les bénéficiaires:
 - dans le cas où le concubin est lié par un PACS avec le salarié: une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le Greffe du Tribunal d'instance,
 - dans le cas où le concubin n'est pas lié au salarié par un PACS et n'est pas ayant droit du salarié au sens de la législation sociale: une attestation délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

Pour les prestations

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

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

Cependant, à tout moment, le gestionnaire peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis;

- pour les **vaccins**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien;
- pour le **forfait maternité**, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département;
- pour **l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie, la diététique, le bilan nutritionnel, l'étiopathie, la psychomotricité, la psychologie**, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée;
- pour les **médicaments prescrits non remboursés** par la Sécurité sociale, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien;
- en cas de **remboursement de frais de soins d'origine accidentelle**, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par le gestionnaire auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

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

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

La facture devra comporter le cachet de votre médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale. Un formulaire à faire remplir par votre praticien, afin que l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation soit précisé, est tenu à votre disposition sur simple demande.

Il pourra vous être demandé de fournir tous devis ou factures relatifs, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Ces devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. Le gestionnaire peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive du gestionnaire.

TIERS PAYANT

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

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

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

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

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

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

- www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

EN MATIÈRE D'OPTIQUE ET DE DENTAIRES

Le tiers payant peut être étendu aux frais d'optique et dentaires. On parle alors de tiers payant étendu.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

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

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

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

- sur PLACE : en présentant votre carte de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous;
- ou via votre ESPACE CLIENT sur inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion;
- par TÉLÉPHONE au : 01 41 05 23 45;
- par COURRIER à : AG2R LA MONDIALE - Assurances de personnes particuliers - TSA 20004 - 92599 LEVALLOIS PERRET CEDEX.

L'accord est envoyé par les équipes de gestion par courrier à l'établissement concerné sous 48 heures. Une copie est adressée à l'assuré.

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

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

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

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

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

Établissements de santé

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

MÉDECIN TRAITANT ET CORRESPONDANT

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

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Il s'agit d'un circuit que vous devez suivre afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace entre vous-même, votre médecin traitant et, le cas échéant, les autres

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

MÉDECINS NON CONVENTIONNÉS

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

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (D.P.T.M.)

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

Le contrat d'accès aux soins (C.A.S.) est conclu entre l'Assurance maladie et des médecins libéraux du secteur 2 (secteur 1 dans certains cas). Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des assurés, d'avoir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

Pour savoir si votre médecin a signé le C.A.S. ou trouver un médecin l'ayant fait, consultez le site « annuaire.sante.ameli.fr » et faites une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. La fiche des médecins signataires précise : « Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins) ».

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

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

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE/FRANCHISE

Participation forfaitaire d'un euro

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

Franchise

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports

sanitaires (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

Son montant est de :

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation) en choisissant la Convention collective nationale des Agences de voyages dans la liste déroulante prévue à cet effet.

- **envoi du décompte par courrier** : 30 jours après le 1^{er} paiement, ce décompte reprend l'ensemble des remboursements effectués durant cette période.

NOUS CONTACTER

- **www.ag2rlamondiale.fr** vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace client » et vous permet d'accéder à l'espace dédié à vos garanties et de télécharger les documents utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation) en choisissant la Convention collective nationale des Agences de voyages dans la liste déroulante prévue à cet effet.
- **Par TÉLÉPHONE** : 01 41 05 25 25 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.
- **Par COURRIER** : AG2R LA MONDIALE - Assurances de personnes particuliers - TSA 20004 - 92599 LEVALLOIS PERRET CEDEX.

LES SERVICES

CARTE BLANCHE

Carte blanche c'est :

- un réseau d'opticiens avec des tarifs et une qualité contrôlés ;
- un réseau d'audioprothésistes avec des coûts maîtrisés et un faible reste à charge ;
- un réseau de médecine douce agréé (ostéopathes, diététiciens) ;
- un réseau de chirurgien-dentiste ;
- le bénéfice du tiers payant.

SITE INTERNET DÉDIÉ AUX ASSURÉS

Ce site accompagne les salariés et propose notamment :

- une actualité sociale ainsi qu'une information claire sur le fonctionnement de leurs garanties ;
- de nombreux services :
 - consultation en ligne ou par e-mail des décomptes de prestations,
 - géolocalisation des professionnels de santé, liste d'opticiens partenaires,
 - téléchargement de devis optique et dentaire en ligne,
 - demande de prise en charge hospitalière en ligne,
 - estimation de remboursement dentaire en ligne,
- un conseiller en ligne peut répondre à toutes les questions des salariés ;
- un centre de relations client joignable par téléphone au 01 41 05 25 25 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

Plusieurs moyens d'informations possibles (extranet) :

- **www.ag2rlamondiale.fr** vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace client » et vous permet d'accéder à l'espace dédié à vos garanties et de télécharger les documents

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Selon la législation et les tarifs en vigueur en JANVIER 2017.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	INSTITUTION ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Base	50 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	28,00 €	3,40 €
Base + option	50 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	29,40 €	1,00 €
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale					
Base	400 €	107,50 €	75,25 €	134,38 €	190,37 €
Base + option	400 €	107,50 €	75,25 €	322,50 €	2,25 €
Optique (Adulte)					
Base					
Monture	150 €	2,84 €	1,70 €	100 €	48,30 €
Verres (la paire)	300 €	14,64 € ⁽⁴⁾	8,78 €	200 €	91,22 €
Base + option					
Monture	150 €	2,84 €	1,70 €	148,30 €	0 €
Verres (la paire)	300 €	14,64 € ⁽⁴⁾	8,78 €	291,22 €	0 €

(1) Dans la limite des frais réels restant à charge.

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin spécialiste adhérent à un D.P.T.M. (Dépassement maîtrisé), pour avis ponctuel, sur avis du médecin traitant.

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

(4) Exemple pour un verre blanc multifocal ou progressif, de sphère de - 4,00 à + 4,00.

ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION À COMPTER DU 1^{ER} JUILLET 2017

Pour la consultation d'un spécialiste adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (dans le cadre du parcours de soins coordonnés, sur avis du médecin traitant), la base de remboursement de la Sécurité sociale passe de 28,00 € à 30,00 €.

Par conséquent les remboursements et le reste à charge évoluent comme suit :

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	INSTITUTION ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Base	50 €	30,00 €	20,00 € ⁽³⁾	29,00 €	1,00 €
Base + option	50 €	30,00 €	20,00 € ⁽³⁾	29,00 €	1,00 €

(1) Dans la limite des frais réels restant à charge.

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin spécialiste adhérent à un D.P.T.M. (Dépassement maîtrisé), pour avis ponctuel, sur avis du médecin traitant.

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

LEXIQUE

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.

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

Dispositif mis en place par convention entre l'Assurance maladie et certains praticiens, ayant pour objectif un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. Au 1er janvier 2017, ces praticiens peuvent adhérer à un des D.P.T.M. suivants :

• C.A.S: contrat d'accès aux soins.

• OPTAM: option pratique tarifaire maîtrisée.

• OPTAM-CO: option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens.

Frais réels (FR)

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

AG2R LA MONDIALE
offre une gamme
étendue de solutions
en protection sociale.

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Plan d'épargne retraite entreprises (Article 83)
Retraite supplémentaire à prestations définies
(Article 39)

ÉPARGNE SALARIALE

Plan épargne entreprise (PEE)
Plan épargne retraite collectif (PERCO)
Compte épargne temps (CET)

PASSIFS SOCIAUX

Indemnités fin de carrière (IFC)
Indemnités de licenciement (IL)

ENGAGEMENT SOCIAL

Prévention et conseil social
Accompagnement

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris CEDEX 08
Tél.: 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr