



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ



Régime de
base

NOTICE D'INFORMATION

Entreprises relevant de l'Animation [Brochure n° 3246]

Obligatoire pour le salarié et facultatif pour ses ayants droit
Surcomplémentaire facultative pour le salarié et ses ayants droit
Garanties au 1^{er} juillet 2018

SOMMAIRE

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

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

RÉGIME DE BASE	
Quel est l'objet du régime ?	5
Quel est le personnel concerné ?	5
Comment bénéficier du régime ?	5
Quels sont les actes et frais garantis ?	5
Quand débutent les garanties ?	5
Quand cessent-elles ?	5
Résumé des garanties	6
Peuvent-elles être maintenues ?	9
Cotisations	10

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

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT	
Quel est l'objet de ce 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

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	
Quel est l'objet du régime ?	13
Quels sont les bénéficiaires ?	13
Comment souscrire ?	13
Quels sont les actes et frais garantis ?	13
Quand débutent les garanties ?	13
Quand cessent-elles ?	13
Résumé des garanties	14
Peut-on changer d'option ?	16

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

DISPOSITIONS GENERALES	19
-------------------------------	-----------

Exclusions	19
Limites des garanties	19
Plafond des remboursements	20
Prescription	20
Recours contre les tiers responsables	20
Réclamations - médiation	20
Protection des données à caractère personnel	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
Pour tout renseignement	25
Exemples de remboursements	25
MES SERVICES	26
Découvrez notre application mobile « ma santé »	26
Découvrez notre application mobile « service client »	27
L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	28

PRÉSENTATION

Votre entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale de l'Animation, a mis en place des garanties frais de santé au profit de l'ensemble de son personnel y compris le personnel en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

Ces garanties comprennent :

- un régime de **base obligatoire** pour **vous-même** et **facultatif** pour **vos ayants droit** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** (2 options au choix) 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, l'affiliation au régime de base est indispensable.

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

La NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Elle s'applique à compter du **1^{er} juillet 2018**.

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 DU RÉGIME ?

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

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

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale de l'Animation ou si vous êtes en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation au sein de cette entreprise.

COMMENT BÉNÉFICIER DU RÉGIME ?

Complétez la partie « ADHÉSION OBLIGATOIRE - Régime de base » du bulletin d'affiliation santé et 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 Sécurité sociale française au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé des garanties ci-après.

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.

MODIFICATION DE SITUATION

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

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

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

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Les prestations s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale et celles des éventuels autres organismes complémentaires.

Les prestations exprimées en crédit ou en forfait s'entendent par bénéficiaire.

POSTES

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE Y COMPRIS PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour	100 % de la BR
Forfait hospitalier engagé	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur sans limitation de durée

Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires

• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR

Transport remboursé par la Sécurité sociale

Transport	100 % de la BR
-----------	----------------

Actes médicaux

Généralistes, (consultations et visites)

• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR

Spécialistes (consultations et visites)

• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR

Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)

• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR

Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
----------------------	----------------

Analyses	100 % de la BR
----------	----------------

Densitométrie osseuse (remboursée par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
--	----------------

Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale

Pharmacie (65 % et 30 %)	100 % de la BR
--------------------------	----------------

Dentaire remboursé par la Sécurité sociale

Soins dentaires (hors inlay simple, onlay)	100 % de la BR
--	----------------

Inlay simple, onlay	100 % de la BR
---------------------	----------------

Prothèses dentaires ⁽²⁾	3 prothèses par année civile et par bénéficiaire
------------------------------------	--

• Incisives, canines, prémolaires	275 % de la BR
-----------------------------------	----------------

• Molaires	200 % de la BR
------------	----------------

• Inlay core et inlay à clavettes	125 % de la BR
-----------------------------------	----------------

Orthodontie acceptée Sécurité sociale	200 % de la BR
---------------------------------------	----------------

Appareillages remboursés par la Sécurité sociale

Prothèses auditives	100 % de la BR
---------------------	----------------

Orthopédie et autres prothèses médicales (hors appareillages dentaires et auditifs)	100 % de la 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 adulte	Forfait de 80 €
----------------	-----------------

Monture enfant	Forfait de 60 €
----------------	-----------------

Verres	RSS + montants indiqués page 7 en fonction des types de verre
--------	---

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR
---	----------------

Actes de prévention

Voir liste ci-après ⁽⁴⁾

100 % de la BR

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

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

FR = frais réels.

RSS = remboursement Sécurité sociale.

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

(2) Au-delà de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par le régime de base, la garantie appliquée est limitée à celle définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (125 % de la BR).

(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 un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification 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'organisme assureur.

(4) Actes de prévention pris en charge

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectuée en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010),
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015),
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012),
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
- Les vaccinations suivantes :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite et ce quel que soit l'âge,
 - coqueluche, avant 14 ans,
 - hépatite B, avant 14 ans,
 - BCG, avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant une enfant,
 - haemophilus influenzae B,
 - vaccination contre les affections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

GRILLE OPTIQUE

Adultes (âgés de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MUTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
2203240: verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	40 €
2287916: verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	40 €
2280660: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2282793: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2263459: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2265330: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2235776: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
2295896: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
2259966: verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
2226412: verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
2284527: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2254868: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2212976: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2252668: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2288519: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2299523: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2290396: verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	90 €
2291183: verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	90 €
2245384: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	90 €
2295198: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	90 €
2227038: verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	90 €
2299180: verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	90 €
2202239: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	90 €
2252042: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	100 €

Enfants (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MUTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
2261874: verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	40 €
2242457: verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	40 €
2243540: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2297441: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2243304: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2291088: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
2273854: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
2248320: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
2200393: verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
2270413: verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
2283953: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2219381: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2238941: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2268385: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2245036: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2206800: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2259245: verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	90 €
2264045: verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	90 €
2238792: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	90 €
2202452: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	90 €
2240671: verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	90 €
2282221: verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	90 €
2234239: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	90 €
2259660: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	90 €

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.

Ces praticiens peuvent adhérer à un des D.P.T.M. suivants :

- 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.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice des garanties du présent régime est suspendu de plein droit pour le salarié dont le contrat de travail est suspendu. Les garanties reprennent effet dès la reprise de travail du salarié.

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations salariales et patronales correspondantes (calculées selon les mêmes règles que celles applicables aux salariés en activité), au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

Sans indemnisation

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour :

- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime.

Par ailleurs, dans les situations où il y a suspension du contrat de travail autres que celles citées ci-dessus (par exemple en cas d'un congé parental d'éducation, un congé pour création d'entreprise, un congé de formation), le salarié peut demander, à titre individuel, à continuer à bénéficier du régime de base obligatoire pendant la durée du congé.

La cotisation totale (part patronale et salariale prévue pour le personnel en activité) est à la charge exclusive du salarié.

La cotisation est prélevée mensuellement à terme échu directement sur son compte bancaire.

Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la première cotisation due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien facultatif des garanties prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir ses garanties pendant son congé, le droit à garanties reprend dès sa reprise de travail.

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

Les employeurs ont l'obligation de maintenir les

garanties collectives à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties sont donc maintenues, lorsque la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien des garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, vos garanties en tant qu'ancien salarié sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien des garanties 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 des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties 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 garanties 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 signale le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit 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 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 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 des garanties.

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'organisme assureur propose, à titre individuel, la poursuite de la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens 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 et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **6 mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

Ayants droit d'un salarié décédé

En cas de décès du salarié, y compris en période de portabilité des droits prévue au paragraphe « EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS », le régime de base est maintenu, à titre gratuit, aux ayants droit ayant souscrit à ce régime à titre facultatif, 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. La nouvelle affiliation

prendra effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation, au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du salarié et au plus tard au lendemain de la demande.

Cessation des garanties collectives

En cas de cessation des garanties, vous avez la possibilité de vous affilier, ainsi que vos ayants droit, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande. Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de **6 mois** à compter de la radiation au régime de base ou de la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de 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.

Le montant de vos cotisations figure sur votre bulletin de salaire.

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

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

QUEL EST L'OBJET DE CE RÉGIME ?

Faire bénéficier votre famille du régime de base.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION

« CONJOINT »

Votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité (salarié ou non).

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION

« PAR ENFANT »

- 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.

À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).

COMMENT SOUSCRIRE ?

Complétez la partie « ADHÉSION FACULTATIVE - Ayants droit » 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 au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre

BÉNÉFICE DU RÉGIME POUR LES AYANTS DROIT

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

COTISATION ENFANT

La cotisation du 3^e enfant et plus est gratuite. À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge; cependant, ils sont redevables d'une cotisation du même montant que celle du conjoint.

bulletin d'affiliation (si vous n'avez pas indiqué de date d'effet).

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- à l'expiration du mois au cours duquel vos ayants droit 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.

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

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

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Améliorer vos remboursements en choisissant une des 2 options facultatives (1 ou 2) venant s'ajouter à votre régime de base.

Le choix de l'option s'applique obligatoirement à tous les bénéficiaires du régime.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE

Par ADULTE

- **Vous-même**, assuré social, salarié lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant de l'Animation ou si vous êtes en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation au sein de cette entreprise;
- **votre conjoint, ou concubin** au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non).

Par ENFANT

- **Vos enfants à charge** (définition en page 11).

COMMENT SOUSCRIRE ?

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

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et

d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale 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.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

- Au 1^{er} jour du mois de la date d'effet demandée sur le bulletin d'affiliation;
- ou au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre bulletin d'affiliation (si vous n'avez pas indiqué de date d'effet).

QUAND CESSENT-ELLES ?

Pour **vous-même** :

- en cas de résiliation de votre part;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

Pour vos **éventuels bénéficiaires** :

- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de base;
- 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.

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

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.

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 de ce régime pour l'ensemble des bénéficiaires.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE ⁽¹⁾

POSTES	OPTION 1	OPTION 2
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	+ 100 % de la BR	+ 200 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
Chambre particulière	2 % du PMSS par jour limité au secteur conventionné (soit 66,22 € au 01/01/2018)	3 % du PMSS par jour limité au secteur conventionné (soit 99,33 € au 01/01/2018)
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)	1,5 % du PMSS par jour limité au secteur conventionné (soit 49,67 € au 01/01/2018)	2 % du PMSS par jour limité au secteur conventionné (soit 66,22 € au 01/01/2018)
Actes médicaux		
Spécialistes (consultations et visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 45 % de la BR	+ 70 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 25 % de la BR	+ 50 % de la BR
Densitométrie osseuse (remboursée par la Sécurité sociale)	+ Crédit de 13 € par année civile	+ Crédit de 38 € par année civile
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale		
Densitométrie osseuse (non remboursée par la Sécurité sociale)	Crédit de 25 € par année civile	Crédit de 50 € par année civile
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		
Pharmacie (15 %)	100 % de la BR	100 % de la BR
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccins	Crédit de 1,5 % du PMSS par année civile (soit 49,67 € au 01/01/2018)	Crédit de 2 % du PMSS par année civile (soit 66,22 € au 01/01/2018)
Sevrage tabagique	Crédit de 2 % du PMSS par année civile (soit 66,22 € au 01/01/2018)	Crédit de 4 % du PMSS par année civile (soit 132,44 € au 01/01/2018)
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale		
Inlay simple, onlay	+ 50 % de la BR	+ 75 % de la BR
Prothèses dentaires ⁽²⁾ 3 prothèses par année civile		
• Incisives, canines, prémolaires	+ 75 % de la BR	+ 175 % de la BR
• Molaires	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR
• Inlay core et inlay à clavettes	+ 25 % de la BR	+ 50 % de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale		
Implants dentaires ⁽³⁾	Crédit de 12 % du PMSS/année civile (soit 397,32 € au 01/01/2018)	Crédit de 12 % du PMSS/année civile (soit 397,32 € au 01/01/2018)
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives ⁽⁴⁾	+ 10 % du PMSS (soit 331,10 € au 01/01/2018)	+ 20 % du PMSS (soit 662,20 € au 01/01/2018)
Orthopédie et autres prothèses médicales (hors appareillages dentaires et auditifs)	+ 100 % de la BR	+ 200 % de la 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 ⁽⁵⁾		
Monture ADULTE	+ Forfait de 45 €	+ Forfait de 70 €

**PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE ⁽¹⁾**

POSTES	OPTION 1	OPTION 2
Monture ENFANT	+ Forfait de 25 €	+ Forfait de 40 €
Verre adulte, par verre	Voir GRILLE OPTIQUE page 15	Voir GRILLE OPTIQUE page 15
Verre enfant, par verre	Voir GRILLE OPTIQUE page 16	Voir GRILLE OPTIQUE page 16
Lentilles acceptées, refusées, jetables (crédit par année civile)	+ Crédit de 3 % du PMSS (soit 99,33 € au 01/01/2018)	+ Crédit de 5 % du PMSS (soit 165,56 € au 01/01/2018)
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 22 % du PMSS par année civile et par œil (soit 728,42 € au 01/01/2018)	Crédit de 35 % du PMSS par année civile et par œil (soit 1158,85 € au 01/01/2018)

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

	OPTION 1	OPTION 2
Frais de voyage et hébergement	5 % du PMSS/an (soit 165,55 € au 01/01/2018)	7 % du PMSS/an (soit 231,77 € au 01/01/2018)

Médecines hors nomenclature

	OPTION 1	OPTION 2
Acupuncture, étioopathie, ostéopathie, chiropractie, consultation psychologue (si intervention de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	25 € par acte, limité à 3 actes par année civile	35 € par acte, limité à 5 actes par année civile

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

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

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 € au 1^{er} janvier 2018 (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).

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

(2) Au-delà de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par le régime de base, la garantie appliquée est limitée à celle définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (125 % de la BR).

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(4) Maximum 2 par année civile et par bénéficiaire.

(5) 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 un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification 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'organisme assureur.

GRILLE OPTIQUE

Adultes (âgés de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MUTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE	
				OPTION 1	OPTION 2
2203240: verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	70 €	80 €
2287916: verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	70 €	80 €
2280660: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	50 €
2282793: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	50 €
2263459: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	50 €
2265330: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	50 €
2235776: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	60 €	70 €
2295896: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	60 €	70 €
2259966: verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	80 €	90 €
2226412: verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	80 €	90 €
2284527: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	50 €	60 €
2254868: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	50 €	60 €
2212976: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	70 €	80 €
2252668: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	70 €	80 €
2288519: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €	100 €
2299523: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €	100 €
2290396: verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	110 €	120 €
2291183: verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	110 €	120 €
2245384: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	130 €	140 €
2295198: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	130 €	140 €

CODE LPP	UNIFOCAUX / MUTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE	
				OPTION 1	OPTION 2
2227038: verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	140 €	150 €
2299180: verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	140 €	150 €
2202239: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	160 €	170 €
2252042: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	160 €	170 €

Enfants (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MUTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE	
				OPTION 1	OPTION 2
2261874: verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	30 €	40 €
2242457: verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	30 €	40 €
2243540: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	0 €	10 €
2297441: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	0 €	10 €
2243304: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	0 €	10 €
2291088: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	0 €	10 €
2273854: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	20 €	30 €
2248320: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	20 €	30 €
2200393: verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €	50 €
2270413: verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €	50 €
2283953: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	10 €	20 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	10 €	20 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	30 €	40 €
2268385: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	30 €	40 €
2245036: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	50 €	60 €
2206800: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	50 €	60 €
2259245: verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	40 €	50 €
2264045: verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	40 €	50 €
2238792: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	60 €	70 €
2202452: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	60 €	70 €
2240671: verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	70 €	80 €
2282221: verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	70 €	80 €
2234239: verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	90 €	100 €
2259660: verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	90 €	100 €

PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?

Vous pouvez changer d'option au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception. Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à l'une des options.

Lorsque vous justifiez d'une modification de situation familiale (mariage, signature d'un PACS, naissance ou

adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, signataire ou non d'un PACS, ou d'un enfant) la demande de changement doit être faite dans les 2 mois suivants l'événement:

- la condition de 2 années complètes d'affiliation visées ci-dessus n'est pas requise;
- le changement intervient le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Tout changement d'option concernera l'ensemble des personnes assurées.

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 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 justifier du bénéfice d’un dispositif Couverture Maladie Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

COTISATIONS

Le montant de vos cotisations figure sur le bulletin d’affiliation.
Les cotisations sont prélevées, mensuellement à terme échu, sur votre compte bancaire. N’oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement joint au bulletin d’affiliation.

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

INDEXATION

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier par l’application d’un taux qui dépend :

- de l’évolution des dépenses de santé prévue (éléments fournis par les Caisses Nationales d’Assurance Maladie) ;
- de l’équilibre global du portefeuille de l’organisme assureur.

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 prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l’assuré de vérifier celle-ci ;
- 3/la durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- 4/la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l’indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l’utilisation d’une technique de commercialisation à distance ;
- 5/l’existence ou l’absence d’un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l’adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L’assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l’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 quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

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

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

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

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

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

MODÈLE DE RENONCIATION

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

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

J'ai souscrit une adhésion pour le produit Animation 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

DISPOSITIONS GENERALES

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'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties souscrites).

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

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

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés

c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;

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

LIMITES DES GARANTIES

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

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

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

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues 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'organisme assureur 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.

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

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

à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il 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 de 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.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

COMMENT ET POURQUOI SONT UTILISÉES VOS DONNÉES ?

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

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

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

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

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

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

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

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

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

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

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

une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

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

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

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

QUELS SONT VOS DROITS ET COMMENT LES EXERCER ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Ils disposent de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont ils entendent que soient exercés ces droits, après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante :

- 104-110 boulevard Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08 ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

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

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue

MODALITÉS DE GESTION

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

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

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

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

Si un (ou plusieurs) de vos ayants droit, couvert(s) par les présentes garanties, possède(nt) à titre personnel d'autres garanties complémentaire auprès d'un autre organisme assureur (souscrite ou non par l'employeur) :

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

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

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, et le cas

échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont vous aurez transmis les coordonnées bancaires à l'organisme assureur.

L'organisme assureur doit vous adresser un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en vous connectant à votre espace client sur www.ag2ramondiale.fr/

LISTE DES JUSTIFICATIFS NÉCESSAIRES

Pour les frais de santé mentionnés ci-après, vous devez adresser à l'organisme assureur les justificatifs correspondants, nécessaires à l'organisme assureur pour le traitement des remboursements (dans la limite des frais réellement engagés, et sous réserve que ces frais soient mentionnés au tableau des garanties de la présente notice).

Hospitalisation médicale et chirurgicale

- **Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière :**
 - **clinique :** bordereau de facturation acquitté mentionnant la Discipline Médico Tarifaire (code DMT ou DCS),
 - **hôpital :** avis des sommes à payer mentionnant le mode de traitement (code MT) + attestation de paiement.
- **Dépassements d'honoraires :** bordereau de facturation acquitté précisant la base de remboursement et le montant du dépassement (joindre devis si établi précédemment).

Dentaire

- **Prothèses dentaires remboursées :** décompte de l'assurance maladie obligatoire (si prothèse remboursée et pas de télétransmission) et facture détaillant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée,
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM),
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.

Optique

- **Lunettes et lentilles remboursées :** facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- **Lentilles non remboursées :** facture acquittée et copie de la prescription médicale.
- **Chirurgie réfractive non remboursée :** facture acquittée.
- **Vaccins :** Facture acquittée, et copie de la

prescription médicale (sauf vaccin contre la grippe).

- **Appareil assistant d'écoute**: facture acquittée.

Autres frais

Dans tous les cas nécessitant l'envoi de justificatifs, afin de faciliter le traitement de votre dossier, précisez systématiquement le numéro d'assuré social du bénéficiaire des soins.

Les devis et factures adressés à l'organisme assureur faisant 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 ou demander tout élément complémentaire à l'étude. Dans ce cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur. 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 des personnes présentant un risque de fraude.

À tout moment, l'organisme assureur peut vous demander de produire des justificatifs supplémentaires pour le traitement de vos demandes de remboursements de frais.

(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'entreprise ou la résiliation du contrat.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement **conventionné** (uniquement), l'organisme assureur 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, sauf mention contraire expressément prévue dans votre tableau de garanties (sur production de justificatif).

Pour cela, présentez votre carte de tiers payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche pour vous.

Vous pouvez également demander la prise en charge **directement à l'organisme assureur** :

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

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 de l'assurance maladie obligatoire ;
- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

La carte de tiers payant reste la propriété de l'organisme assureur. En cas de départ de l'entreprise

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

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

Pour savoir si votre opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné dans votre tableau de garanties et/ou sur votre carte de tiers payant, **contactez l'organisme assureur** :

- en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur : www.ag2ramondiale.fr/
- avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/ découvrir-l-application-mobile-ma-sante

TIERS PAYANT

Les frais pris en charge dans le cadre du tiers payant et pour lesquels vous n'effectuez aucune avance de frais ne nécessitent pas de pièces justificatives, sauf la présentation de votre carte de tiers payant.

CARTE DE TIERS PAYANT

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte de tiers payant ; votre carte vous évite l'avance de frais. Dans le cas contraire, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien, qui doit vous remettre une facture acquittée.

RÉSEAU ITELIS

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

Vous pouvez également consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile Ma Santé téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/ découvrir-l-application-mobile-ma-sante/

- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

Vous pouvez également reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

EN CAS DE POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE

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

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

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

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

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

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

Rendez-vous sur « 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 le régime général de la Sécurité sociale).

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

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par votre complémentaire santé.

Franchise

C'est 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 le régime général de la Sécurité sociale).

Son montant est de :

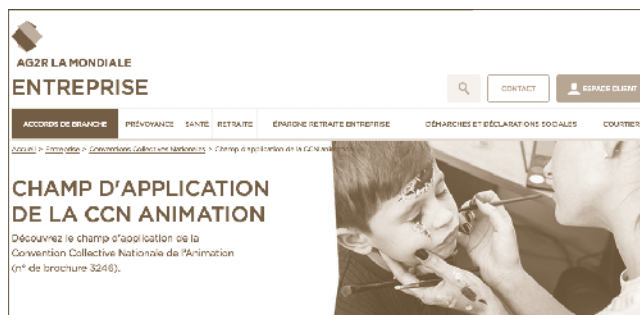
- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.



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 clients ».

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITES INTERNET

www.ag2rlamondiale.fr/entreprises/convention-collective-nationale/champ-d-application-de-la-ccn-animation est l'espace dédié de votre complémentaire santé et vous permet de télécharger des documents utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation,...).



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Selon la législation et les tarifs en vigueur en JANVIER 2018.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS			
			SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIMES	AG2R RÉUNICA PRÉ-VOYANCE (3)	RESTE À VOTRE CHARGE
Consultation chez un spécialiste de secteur 2 dans le cadre du parcours de soins coordonné (Adhérent à un D.P.T.M.) sur avis du médecin traitant						
	50,00 €	30,00 €	20,00 € (2)	Base	21,00 €	8,00 €
				Base + option 1	29,00 €	1,00 €
				Base + option 2	29,00 €	1,00 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale (incisive)						
	450,00 €	107,50 €	75,25 €	Base	220,38 €	154,37 €
				Base + option 1	301,00 €	73,75 €
				Base + option 2	408,50 €	0,00 €
Optique						
Monture adulte				Base	68,30 €	70,00 €
	150,00 €	2,84 €	1,70 €	Base + option 1	123,30 €	25,00 €
				Base + option 2	148,30 €	0,00 €
2 verres blancs simples foyer (LPP 2280660)(sphère de -6,25 à -10), identiques	150,00 € x 2	4,58 €	2,75 €	Base	177,25 €	120,00 €
				Base + option 1	257,25 €	40,00 €
				Base + option 2	277,25 €	20,00 €

D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

(1) Dans la limite des frais réels restant à charge et sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

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

MES SERVICES

DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ »

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

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

Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

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



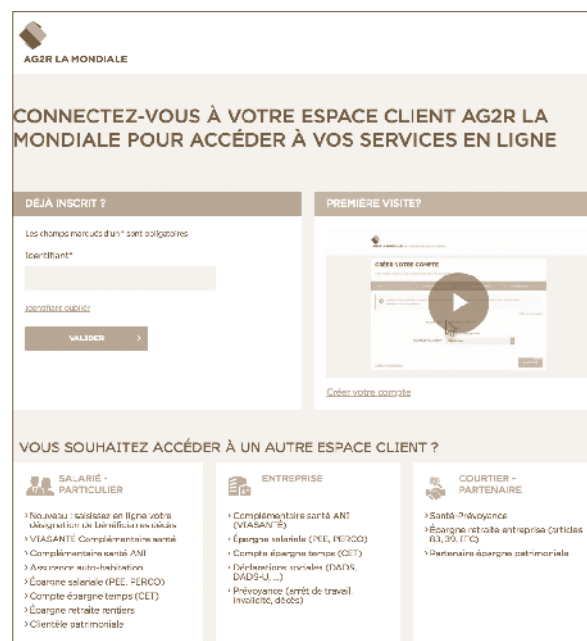
L'APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ » EN DÉTAIL

Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

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

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte :

- inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/



Les autres services santé

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

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

DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « SERVICE CLIENT »

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

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

- www.ag2ramondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/



LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

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

LES NUMÉROS DE SERVICE CLIENT

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

LA DISPONIBILITÉ DU SERVICE CLIENT

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

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

NOUVEAUTÉ : FAITES-VOUS RAPPELER !

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

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte :

- inscription.ag2ramondiale.fr/connexion/

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 SOCIÉTAL

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

AG2R Réunica Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre de
AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Membre du GIE AG2R Réunica.