



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

—

Régimes de
base obliga-
toire et sur-
complémentaire
facultatif

NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale des Activités industrielles de
boulangerie et pâtisserie [Brochure n° 3102 - IDCC 1747]

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

SOMMAIRE

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

LES SIGNATAIRES DE L'ACCORD	5
------------------------------------	----------

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE	6
---------------------------------	----------

RÉGIME DE BASE	
Quel est l'objet de ce régime ?	6
Quel est le personnel concerné ?	6
Comment bénéficier de ce régime ?	6
Quels sont les actes et frais garantis ?	6
Résumé des garanties	7
Quand débutent les garanties ?	9
Quand cessent-elles ?	9
Peuvent-elles être maintenues ?	9
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 ?	11

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF	
Quel est l'objet du régime ?	12
Quels sont les bénéficiaires ?	12
Comment souscrire ?	12
Quels sont les actes et frais garantis ?	12
Quand débutent les garanties ?	12
Quand cessent-elles ?	12
Peut-on changer d'option ?	13
Résumé des garanties	14

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS	
Durée de l'affiliation	16
Cotisations	16
Indexation	16
Adhésion à distance	16
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	17

GÉNÉRALITÉS	18
--------------------	-----------

Exclusions et limites des garanties	18
Plafond des remboursements	19
Recours contre les tiers responsables	19
Prescription	19
Réclamations - médiation	19
Informatique et libertés	19
Autorité de contrôle	19

MODALITÉS DE GESTION	20
Comment s'effectuent vos remboursements ?	20
Le tiers payant	21
Accords de prise en charge	21
Quelques informations utiles	22
Pour tout renseignement	23
Exemples de remboursements	24
SERVICE SANTÉ	25
Téléchargez gratuitement le logiciel « service santé »	25
FONDS DE SECOURS DE VOTRE RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ	26
Pour en bénéficier	26
ACTION DE PRÉVENTION	27
Hygiène bucco-dentaire	27
Dès le 1 ^{er} janvier 2017 : le saviez-vous ?	27
Comment faire pour en bénéficier ?	27
L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	28

PRÉSENTATION

Votre ENTREPRISE, relevant de la Convention collective nationale des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie [n° 3102 - IDCC 1747] a mis en place des garanties **FRAIS DE SANTÉ** au profit de **l'ENSEMBLE DE SON PERSONNEL**.

Ces garanties comprennent :

- un régime de **base obligatoire** pour **vous-même** et **facultatif** 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, **l'affiliation au régime de base est obligatoire**.

Ces garanties sont assurées par AG2R RÉUNICA Prévoyance (dénommée « l'Institution » dans la présente notice d'information), 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} janvier 2017**.

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

LES SIGNATAIRES DE L'ACCORD



Fédération des entrepreneurs de boulangerie



Fédération générale agroalimentaire Cfdt



Fédération générale des travailleurs de l'agriculture de l'alimentation, des tabacs et des sections connexes FGTA-FO



Fédération nationale agroalimentaire CFE-CGC



Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF-CGT



Fédération des syndicats CFTC « Commerce, service et force de vente » (CSFV)

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.

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie [n° 3102 - IDCC 1747].

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

MATERNITÉ - ADOPTION

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

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

MODIFICATION DE SITUATION

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

- AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - 26 rue Gambetta - CS 80001 - 33091 BORDEAUX CEDEX.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

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

POSTES	CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	130 % de la BR
Forfait hospitalier engagé ⁽²⁾	100 % des FR par jour limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	250 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	200 % de la BR
Chambre particulière	28 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans ⁽³⁾	35 € par jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % de la BR
Actes médicaux	
Généralistes, spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 7 % du PMSS par œil (soit 228,83 € au 01/01/2017)
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % de la BR
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	
Pilules et patchs contraceptifs, sevrage tabagique	Crédit de 1 % du PMSS par année civile (soit 32,69 € au 01/01/2017)
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives, orthopédie et autres prothèses (non dentaires)	100 % de la BR + crédit de 1000 € par année civile
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple et onlay	100 % de la BR
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlay à clavettes)	200 % de la BR
Orthodontie	180 % de la BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires ⁽⁴⁾	110 % de la BR
Orthodontie	110 % 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	100 % de la BR + 2,5 % du PMSS (soit 81,72 € au 01/01/2017)
Verre	100 % de la BR + 2,5 % du PMSS par verre (soit 81,72 € au 01/01/2017)
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 5 % du PMSS par année civile (soit 163,45 € au 01/01/2017)
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 7 % du PMSS par année civile (soit 228,83 € au 01/01/2017)

POSTES

CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

Maternité

Par enfant déclaré Forfait de 100 €

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁶⁾ 30 € par acte limité à 4 actes par année civile

Actes de prévention

Voir détail ci-après 100 % de la BR

Autres actes de prévention

Dentaire : consultation de dépistage gratuit en 2017 100 % de la BR

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

C.A.S. = contrat d'accès aux soins.

FR = frais réels.

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).

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

(2) Le forfait hospitalier est versé sans limitation de durée **uniquement pour les établissements de santé**.

(3) Sur présentation d'un justificatif.

(4) **Actes pris en charge dans ce poste :**

- couronnes dentaires (HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenons provisoires, couronnes à recouvrement partiel);
- prothèses supra implantaires (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171);
- bridges (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) ainsi que les actes annexes s'y rapportant (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087) à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(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 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.

(6) Si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée.

Actes de prévention pris en charge

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1^{er} et 2^{es} molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 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).
- Acte d'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 est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - 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 un enfant,
 - haemophilus influenzae B,
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

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;
- en cas de résiliation de la convention collective.

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations par l'employeur. 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

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.

Les garanties sont également maintenues, moyennant paiement des cotisations correspondantes, au salarié dont le contrat de travail est suspendu au titre d'une période ne donnant pas lieu à un salaire ou à un revenu de substitution provenant d'un régime de prévoyance, sous réserve d'en faire expressément la demande. Dans ce cas, les cotisations sont entièrement à la charge du salarié, et sont prélevées, mensuellement et à terme échu, directement sur son compte bancaire.

En cas de congé maternité

La salariée dont le contrat de travail est suspendu pendant une période de maternité, pour laquelle elle reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale (en application de l'article L.331-2 du Code de la Sécurité sociale), bénéficie du maintien des garanties frais de santé sans contrepartie du paiement des cotisations correspondantes. Ce maintien de garantie à titre gratuit cesse au 1^{er} jour du mois qui suit la reprise d'activité.

En tout état de cause, le maintien de la garantie

cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

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

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés, 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 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, les garanties des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties 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 des 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), selon le principe de mutualisation.

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien de la garantie dans

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

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

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

AG2R RÉUNICA Prévoyance propose, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'exams ou questionnaires médicaux aux anciens salariés :

- bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou 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 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 dont les conditions peuvent 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 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.

Les montants de cotisations figurent sur votre bulletin de salaire.

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Faire bénéficier vos ayants droit du régime de base, moyennant la prise en charge par vos soins des cotisations correspondantes.

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

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT DES COTISATIONS CORRESPONDANTES

- **Votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité;
- 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 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 7.

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 l'Institution 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 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.

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

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

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Améliorer vos remboursements en souscrivant à l'une des 3 OPTIONS FACULTATIVES venant s'ajouter à votre régime de base.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE

Par « ADULTE »

- **Vous-même**, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie ;
- **votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité.

Par « ENFANT »

- **Vos enfants à charge** (définition 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 la 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 page suivante.

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.

MATERNITÉ - ADOPTION

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

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

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 l'Institution si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

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 ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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.

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

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.

PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?

Vous pouvez changer de niveau de garantie après 2 années complètes d'affiliation à l'une des options, et sous réserve d'en faire la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Ce changement peut intervenir :

- pour une amélioration des garanties, au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année ;
- pour une diminution des garanties, au 1^{er} janvier de chaque année.

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) dans les 2 mois précédant la demande de changement de renfort :

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

Tout changement de renfort concernera l'ensemble des personnes assurées.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

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

POSTES	CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ		
	Option 1	Option 2	Option 3
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	+ 50 % de la BR	+ 120 % de la BR	+ 400 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 50 % de la BR	+ 120 % de la BR	+ 400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	Néant	Néant	Néant
Chambre particulière	+ 30 € / jour	+ 40 € / jour	+ 70 € / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans	+ 20 € / jour	+ 30 € / jour	+ 30 € / jour
Actes médicaux			
Généralistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 70 % de la BR	+ 200 % de la BR	+ 400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 100 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 70 % de la BR	+ 200 % de la BR	+ 400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 70 % de la BR	+ 200 % de la BR	+ 400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 70 % de la BR	+ 200 % de la BR	+ 400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 100 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale			
Densitométrie osseuse	Néant	Néant	Crédit de 200 €/année civile
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale			
Prothèses auditives, orthopédie et autres prothèses	Néant	Néant	Crédit de 200 €/année civile
Dentaire			
Inlay simple, onlay	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR	+ 270 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR	+ 270 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR	+ 270 % de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR	+ 270 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR	+ 270 % de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR	+ 270 % de la BR
Optique: sauf évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement (2 verres + 1 monture) n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes, suivant l'acquisition du précédent équipement ⁽⁴⁾			
Monture	+ 1,5 % du PMSS (soit 49,03 € au 01/01/2017)	+ 2 % du PMSS (soit 65,38 € au 01/01/2017)	+ 2 % du PMSS (soit 65,38 € au 01/01/2017)
Verres	+ 0,75 % du PMSS par verre (soit 24,52 € au 01/01/2017)	+ 1,5 % du PMSS par verre (soit 49,03 € au 01/01/2017)	+ 1,5 % du PMSS par verre (soit 49,03 € au 01/01/2017)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ crédit annuel par bénéficiaire de 1,5 % du PMSS (soit 49,03 € au 01/01/2017)	+ crédit annuel par bénéficiaire de 3 % du PMSS (soit 98,07 € au 01/01/2017)	+ crédit annuel par bénéficiaire de 3 % du PMSS (soit 98,07 € au 01/01/2017)

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

CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

POSTES

	Option 1	Option 2	Option 3
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	+ crédit annuel par bénéficiaire de 1,5 % du PMSS (soit 49,03 € au 01/01/2017)	+ crédit annuel par bénéficiaire de 1,5 % du PMSS (soit 49,03 € au 01/01/2017)	+ crédit annuel par bénéficiaire de 1,5 % du PMSS (soit 49,03 € au 01/01/2017)

Cure thermale remboursée Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	Néant	Néant	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	Néant	Néant	Forfait de 200 €

Maternité

Par enfant déclaré	+ 100 €	+ 150 €	+ 250 €
--------------------	---------	---------	---------

C.A.S. = contrat d'accès aux soins.

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

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).

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

(2) Sur présentation de justificatif.

(3) **Actes pris en charge dans ce poste :**

- couronnes dentaires (HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenons provisoires, couronnes à recouvrement partiel);
- prothèses supra implantaires (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171),
- bridges (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) ainsi que les actes annexes s'y rapportant (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087) à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) 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.

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).

COTISATIONS

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

Les cotisations sont prélevées, mensuellement à terme échu, sur votre compte bancaire. À cet effet, n’oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement joint à votre bulletin d’affiliation.

En cas de non-paiement, dans le délai de 10 jours suivant la date de l’échéance, l’Institution vous adresse 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, l’Institution vous informe 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’Institution.

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

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

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

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

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

DÉFINITION

Est visée : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un

contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. »

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'Institution 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 l'Institution si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation

MODÈLE DE RENONCIATION

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

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

J'ai souscrit une adhésion 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 posté-
rieure), 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 DES GARANTIES

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

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 prévues dans la notice d'information).

L'Institution 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.322-2 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'Institution.
- **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** : à l'exception du forfait maternité 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'Institution.
- **Pharmacie** : pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au Code de la Santé publique 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 journalier 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.

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 qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration 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.

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 sur la réponse donnée par le conciliateur, les réclamations peuvent être présentées au :

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

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers de l'Institution, auprès de :

- AG2R LA MONDIALE - Correspondant Informatique et Libertés - Direction des Risques - Conformité et déontologie - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'institution relève de 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 l'Institution 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 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, l'Institution 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.

L'Institution adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet :

- www.ag2ramondiale.fr/particulier

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

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

Cependant, à tout moment, l'Institution 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 l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- pour la chirurgie réfractive, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- pour les vaccins, 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 l'Institution 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 à l'Institution 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. L'Institution peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'Institution.

licenciement, retraite,...) ou de résiliation du contrat, vous devez restituer la carte 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.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

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

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

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

- en **LIGNE** : saisissez votre demande de prise en charge hospitalisation sur notre site Internet www.ag2ramondiale.fr/particulier ;
- par **TÉLÉPHONE** au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé) ;
- sur **PLACE** : en présentant votre carte tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous.

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

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

Vous pouvez connaître les opticiens agréés :

- en **TÉLÉPHONANT** au :
 - 0 969 32 2000 (appel non surtaxé) ;
- ou en **CONSULTANT** notre site Internet :
 - www.ag2ramondiale.fr/particulier.

Vous pouvez, notamment, reconnaître les opticiens partenaires à l'autocollant présent sur leur vitrine.

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

LE TIERS PAYANT

La carte tiers payant vous évite d'avoir à faire l'avance de sommes parfois importantes dans l'attente des remboursements. Elle vous est remise après enregistrement de votre affiliation à l'Institution.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez aux **pharmaciens, laboratoires d'analyses, radiologues, ambulanciers** (selon accords régionaux) :

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

La carte tiers payant reste la propriété de l'Institution. En cas de départ de l'entreprise (démission,

CARTE TIERS PAYANT

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

Attention

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

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

par votre chirurgien-dentiste. Ce dernier l'adresse au centre de gestion. En retour, il reçoit un courrier mentionnant le montant de l'intervention de l'Institution sur chaque acte dentaire.

Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

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.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

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 spécialiste l'ayant fait, consultez le site **ameli-direct** 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) ».

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 compléments santé.

**POUR TOUTE INFORMATION,
N'HÉSITEZ PAS, CONTACTEZ-NOUS.**

AG2R LA MONDIALE

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

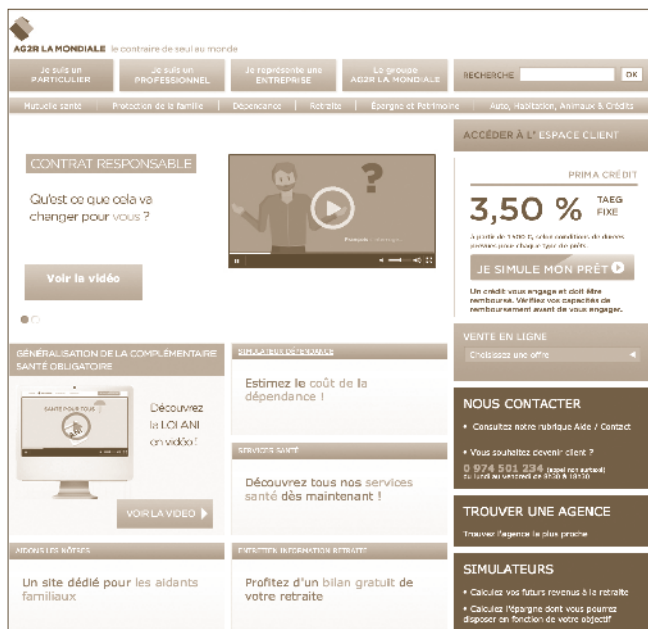
POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITES INTERNET

www.boulangerie-industrielle.ag2rlamondiale.fr vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé et vous permet de télécharger des documents utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation, ...).



www.ag2rlamondiale.fr/particulier vous propose la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace clients ».



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

RÉGIME GÉNÉRAL

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

Les exemples ci-dessous s'entendent y compris les remboursements au titre du régime de base obligatoire.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Base seule	50,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	8,40 €	23,00 €
Base + Option 1	50,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	28,00 €	3,40 €
Base + Option 2	50,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	30,40 €	1,00 €
Base + Option 3	50,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	30,40 €	1,00 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale					
Base seule	500,00 €	107,50 €	75,25 €	139,75 €	285,00 €
Base + Option 1	500,00 €	107,50 €	75,25 €	193,50 €	231,25 €
Base + Option 2	500,00 €	107,50 €	75,25 €	301,00 €	123,75 €
Base + Option 3	500,00 €	107,50 €	75,25 €	424,75 €	0,00 €
Monture					
Base seule	150,00 €	2,84 €	1,70 €	81,72 €	66,58 €
Base + Option 1	150,00 €	2,84 €	1,70 €	130,76 €	17,54 €
Base + Option 2	150,00 €	2,84 €	1,70 €	147,10 €	1,20 €
Base + Option 3	150,00 €	2,84 €	1,70 €	147,10 €	1,20 €
Verres (la paire)					
Base seule	300,00 €	12,50 € ⁽⁴⁾	7,50 €	163,44 €	129,06 €
Base + Option 1	300,00 €	12,50 € ⁽⁴⁾	7,50 €	212,48 €	80,02 €
Base + Option 2	300,00 €	12,50 € ⁽⁴⁾	7,50 €	261,52 €	30,98 €
Base + Option 3	300,00 €	12,50 € ⁽⁴⁾	7,50 €	261,52 €	30,98 €

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

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin correspondant de secteur 2 (à honoraires libres) signataire du C.A.S., sur avis du médecin traitant.

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).

(4) Exemple pour un verre blanc simples foyers, de sphère de -6,00 à +6,00.

LEXIQUE

Base de remboursement (BR)

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

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

Contrat conclu entre l'Assurance maladie et des médecins libéraux du secteur 2 (secteur 1 dans certains cas) afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés.

Frais réels (FR)

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

SERVICE SANTÉ

TÉLÉCHARGEZ GRATUITEMENT LE LOGICIEL « SERVICE SANTÉ »

Profitez de ce service santé en le téléchargeant gratuitement sur votre ordinateur. Un véritable coach santé qui, en quelques clics, aidera toute votre famille au quotidien!

Vous pouvez accéder à ce service sur notre site internet:

- www.ag2rlamondiale.fr/services-en-ligne/widget-sante

VACCINS, ACTUALITÉS SANTÉ, RENDEZ-VOUS MÉDICAUX..: « SERVICE SANTÉ » VOUS GUIDE AU QUOTIDIEN

Rapidement installé sur votre ordinateur, le logiciel « Service santé » devient votre véritable coach santé personnel:

- il vous alerte pour vos prochaines dates de vaccins,
- il organise vos rendez-vous médicaux réguliers (ophtalmologue, dentiste,...);
- il vous sensibilise autour de la vue et de l'audition avec des jeux ludiques;
- il vous permet d'accéder directement aux services Internet proposés sur votre Espace Client (décomptes santé et demande d'hospitalisation en ligne, devis optique et dentaire,...).

ORGANISEZ VOS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX AVEC LE CALENDRIER « SERVICE SANTÉ »

Le logiciel « Service santé » vous permet de programmer tous les rendez-vous médicaux de votre famille. Il reprend les informations présentes dans votre carnet de santé et vous aide à organiser vos rendez-vous (généraliste, dermatologue, ophtalmologue,...) et vous informe des dates d'échéance de vos vaccins. Vous disposez ainsi d'une vision globale sur vos prochains rendez-vous, et pouvez organiser votre « emploi du temps santé » et celui de votre famille très simplement!

RESTEZ INFORMÉ DE TOUTE L'ACTUALITÉ SANTÉ

Suivez l'actualité santé depuis votre ordinateur et restez informé des réformes, des nouveaux traitements, des études en cours, ...

Toute l'information santé à portée de clic!

JOUEZ ET TESTEZ VOTRE SANTÉ

Test de la myopie, test du daltonisme, test auditif,... des jeux de prévention santé et aussi ludiques pour toute la famille!

FONDS DE SECOURS DE VOTRE RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

Un fonds de secours est instauré au sein du régime de frais de santé ; il a pour objet d'attribuer aux salariés des aides à caractère social dans le cadre du régime de remboursement de frais de santé, mis en place par la profession.

Les aides à caractère exceptionnel sont versées aux salariés les plus défavorisés ou les plus en détresse, selon les critères définis par la commission de secours paritaire.

Elles interviennent pour compléter des dépenses médicales au-delà des prises en charge de la Sécurité sociale et éventuellement du régime de frais de santé, sans pouvoir excéder les frais réels exposés par les salariés et dans les conditions et limites prévues par la réglementation sur les contrats frais de santé responsables.

Les aides sont accordées par une commission de secours paritaire créée pour gérer le fonds de secours. Elles possèdent le caractère de secours, c'est-à-dire exceptionnel, individuel, en fonction des besoins du salarié et sans condition d'ancienneté, de position hiérarchique, ou d'assiduité.

POUR EN BÉNÉFICIER

Compléter l'imprimé ⁽¹⁾ « demande d'interventions sociale », à nous retourner à :

- AG2R LA MONDIALE - Direction des Accords Collectifs Pôle alimentaire - Fonds social Boulangerie Industrielle - 104/110 Bd Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08

(1) Imprimé à télécharger sur le site dédié à la Boulangerie Industrielle : www.boulangerie-industrielle.ag2rlamondiale.fr

ACTION DE PRÉVENTION

Votre régime santé évolue vers la Prévention, une valeur ajoutée pour votre bien-être au travail.



SOURIEZ, VOUS ÊTES EN BONNE SANTÉ !
VOTRE BOUCHE MÉRITE VOTRE ATTENTION



HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Parce que vous êtes régulièrement amené à réaliser certains gestes professionnels qui favorisent la formation de caries dentaires, comme la manipulation de sucre sous forme molle et collante, la cuisson du sucre,... votre profession a mis en place une campagne de prévention bucco-dentaire à destination de tous les salariés affiliés au régime frais de santé.

DÈS LE 1^{ER} JANVIER 2017: LE SAVIEZ-VOUS ?

Une consultation de dépistage chez votre chirurgien-dentiste est possible sans avance de frais et entièrement prise en charge grâce à votre régime frais de santé.

COMMENT FAIRE POUR EN BÉNÉFICIER ?

- 1/ **Prenez rendez-vous** chez votre dentiste.
- 2/ **Remettez-lui les documents** qui vous auront été envoyés portant la mention « À remettre à votre dentiste » : (lettre, fiche d'examen bucco-dentaire, enveloppe T).
- 3/ **Votre dentiste réalisera un examen clinique** pour dépister de potentielles caries et/ou maladies parodontales et vous donnera quelques conseils d'hygiène bucco-dentaire adaptés. Il doit retourner les documents dans l'enveloppe prévue à cet effet.

Retrouvez toutes les informations complémentaires dans l'onglet « PRÉVENTION » de votre site dédié :

- www.boulangerie-industrielle.ag2rlamondiale.fr



Souriez, vous êtes en bonne santé !
VOTRE BOUCHE MÉRITE VOTRE ATTENTION



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

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.