

tes
des
S



ENSEMBLE
DU PERSONNEL

NOTICE D'INFORMATION N° 1

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ BASE OBLIGATOIRE POUR LE SALARIÉ
ET FACULTATIF POUR LES AYANTS DROIT,
ET SURCOMPLÉMENTAIRE OPTION 1 OU 2 FACULTATIF

Centres d'hébergement et de réadaptation sociale
et dans les services d'accueil,
d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS)



GARANTIES AU 1^{er} DECEMBRE 2016



AG2R LA MONDIALE

MUTEX - l'alliance mutualiste



Sommaire

PRÉSENTATION	3
VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE	4
Votre régime de base obligatoire	4
Fonctionnement de votre régime	8
VOS RÉGIMES FACULTATIFS	10
Votre régime de base facultatif pour vos ayants droit	10
Votre régime surcomplémentaire facultatif option 1 ou 2	11
Dispositions communes aux régimes facultatifs	17
FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES	19
Comment s'effectuent vos remboursements ?	19
Le tiers payant	20
Accords de prise en charge	20
Quelques informations utiles	21
Exemples de remboursements	22
GÉNÉRALITÉS	23
Limites des garanties	23
Plafond des remboursements	23
Recours contre les tiers responsables	24
Prescription	24
Réclamations - médiation	24
Informatique et libertés - Lutte contre la fraude	24
Autorité de contrôle	24

PRÉSENTATION

Les partenaires sociaux des accords collectifs applicables dans les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale et dans les services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS) dont relève votre entreprise, ont décidé, par le protocole n° 155 du 4 juillet 2014 (et ses avenants n° 1 du 20 octobre 2014, n° 2 du 3 avril 2015, n° 3 du 26 juin 2015 et n° 4 du 26 juin 2016, *J.O.* du 22 novembre 2016 prenant effet au 1^{er} décembre 2016), de mettre en place un nouveau régime complémentaire de frais de santé au profit de l'ensemble du personnel.

Pour assurer la couverture de ce régime, et en effectuer la gestion, les partenaires sociaux ont choisi de recommander :

- AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE – 35, boulevard Brune – 75014 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA;
- Et MUTEX – l'alliance mutualiste composée de :
 - MUTUELLE CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419 – Siège social : 56/60 rue Nationale - 75013 PARIS, substituée intégralement par MUTEX UNION, union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166 – Siège social : 125 avenue de Paris, 92327 CHÂTILLON Cedex;
 - ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine – 75008 PARIS;
 - APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391 – Siège social : 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE cedex;
 - EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176 – Siège social : 44 rue de Copernic, 75016 PARIS;

HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège social: 143, rue Blomet – 75015 PARIS;
OCIANE, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085 –Siège social: 8 terrasse du Front-du-médoc – 33054 BORDEAUX cedex;
MUTEX, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040 – siège social: 125 avenue de Paris – 92327 CHÂTILLON Cedex.

Ces organismes sont coassureurs entre eux dans le cadre du dispositif MUTEX – l'alliance mutualiste. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MUTEX.

AG2R Prévoyance et MUTEX sont ci-après dénommés « l'organisme assureur ».

Ces garanties comprennent :

- un régime de base obligatoire pour le salarié;
- un régime de base facultatif auquel vous pouvez souscrire individuellement pour vos ayants droit;
- un régime surcomplémentaire facultatif (2 options au choix) si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime de base.

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

Cette notice s'applique à compter du 1^{er} décembre 2016.

La Notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Les garanties complémentaires sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes.



VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

VOTRE RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE

OBJECTIF

L'objectif de ce régime est de vous faire bénéficier d'une complémentaire santé prise en charge en partie par votre entreprise.

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

PERSONNEL VISÉ

Vous-même, en tant que salarié lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant du champ d'application des accords collectifs CHRS.

COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME ?

Vous devez remplir le bulletin d'affiliation individuel au régime collectif frais de santé, fourni par votre employeur, et lui remettre dûment complété et accompagné des pièces justificatives (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire, ...).

MODIFICATION DE SITUATION

En cas de modification de votre situation, telle qu'un changement d'adresse ou un changement de coordonnées bancaires par exemple, informez-en sans délai le centre de gestion de votre organisme assureur :

■ AG2R RÉUNICA Prévoyance :

AG2R LA MONDIALE – Centre de gestion – Accord santé CHRS – 106 route du Chapitre – BP 73602 – 31136 BALMA Cedex

■ MUTEX :

ADREA MUTUELLE – 58 rue Bourgmayer – CS 70016 – 01017 BOURG-EN-BRESSE Cedex

APREVA – BP 70299 – 59906 VALENCIENNES Cedex

EOVI MCD – 5 rue Belle image – 26028 VALENCE Cedex

HARMONIE MUTUELLE – 3 avenue de la Fontaine Ste Marguerite – BP 40359 – 89006 AUXERRE Cedex

OCIANE – 8 terrasse du Front Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex

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 dans le tableau des garanties ci-après.

**PRESTATIONS
Y COMPRIS PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE
(SAUF FORFAITS ET PRESTATIONS EN EUROS)
DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS
PAR LES BÉNÉFICIAIRES**

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
--------	--------------	------------------

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Frais de séjour	150 % BR	Non couvert
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	170 % BR 150 % BR	100 % BR 100 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Chambre particulière	1 % du PMSS/jour (soit 32,69 € au 01/01/2017)	Non couvert
Frais d'accompagnement (sur présentation de justificatif)	1 % du PMSS/jour (soit 32,69 € au 01/01/2017)	Non couvert

TRANSPORT REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Transport	100 % BR
-----------	----------

ACTES MÉDICAUX

Généralistes (consultations et visites) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	100 % BR 100 % BR	
Spécialistes (consultations et visites) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	170 % BR 150 % BR	100 % BR 100 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	145 % BR 125 % BR	100 % BR 100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	100 % BR 100 % BR	
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % BR	

PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pharmacie	100 % BR
-----------	----------

APPAREILLAGES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Prothèses auditives	100 % BR
Orthopédie et autres prothèses	150 % BR

DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Soins dentaires	100 % BR
Inlay simple, onlay	100 % BR
Prothèses dentaires	limité à 3 prothèses/année civile*
Inlay core et inlay à clavette	150 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale sur incisives canines prémolaires (dents du sourire)	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale sur molaires (dents du fond de la bouche)	150 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200 % BR

*Au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, le montant de la prestation est de 125 % de la BR; décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

**PRESTATIONS
Y COMPRIS PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE
(SAUF FORAITS ET PRESTATIONS EN EUROS)
DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS
PAR LES BÉNÉFICIAIRES**

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
--------	--------------	------------------

OPTIQUE

Monture et verres : 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 ⁽¹⁾.

Monture	
Enfant ⁽²⁾	RSS + 90 €
Adulte	RSS + 130 €
Verres	
Enfant ⁽²⁾	Voir GRILLE OPTIQUE page 7
Adulte	Voir GRILLE OPTIQUE page 7
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	100 % BR + crédit de 2 % PMSS/bénéficiaire (soit 65,38 € au 01/01/2017)

ACTES DE PRÉVENTION (CONFORMÉMENT À L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006)

Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	100 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum	100 % BR
Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :	
a) Audiométrie tonale ou vocale	
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie	100 % BR
c) Audiométrie vocale dans le bruit	
d) Audiométrie tonale et vocale	
e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans	100 % BR
Vaccinations suivantes, seules ou combinées :	
a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges	
b) Coqueluche : avant 14 ans	
c) Hépatite B : avant 14 ans	
d) BCG : avant 6 ans	
e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant	100 % BR
f) Haemophilus influenzae B — infections à l'origine de la méningite de l'enfant	
g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : • **C.A.S.** = contrat d'accès aux soins. • **OPTAM** = option pratique tarifaire maîtrisée. • **OPTAM CO** = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens. **FR** = frais réels. **BR** = base de remboursement de la Sécurité sociale. **RSS** = remboursement de la 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) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixe à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demande 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 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.

(2) On entend par enfant, au titre des garanties optique, l'enfant mineur avant son 18^e anniversaire.

LEXIQUE

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

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

- C.A.S. : Contrat d'accès aux soins,
- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée,
- OPTAM-CO : Option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens.

Frais réels (FR)

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

Base de remboursement (BR)

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

GRILLE OPTIQUE

VERRES UNIFOCaux

ADULTE OU ENFANT ⁽¹⁾	CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 75 €
	2287916	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 75 €
Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 55 €
	2242457	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 55 €
Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 100 €
	2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 100 €
	2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 100 €
	2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 100 €
Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 75 €
	2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 75 €
	2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 75 €
	2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 75 €
Adulte	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 125 €
	2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 125 €
Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 95 €
	2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 95 €
Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 85 €
	2226412	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 85 €
Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 65 €
	2270413	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 65 €
Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 110 €
	2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 110 €
Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 85 €
	2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 85 €
Adulte	2212976	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 135 €
	2252668	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 135 €
Enfant	2238941	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 105 €
	2268385	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	RSS + 105 €
Adulte	2288519	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 150 €
	2299523	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 150 €
Enfant	2245036	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 125 €
	2206800	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 125 €

VERRES MULTIFOCaux

ADULTE OU ENFANT ⁽¹⁾	CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
Adulte	2290396	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 160 €
	2291183	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 160 €
Enfant	2259245	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 115 €
	2264045	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 115 €
Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 175 €
	2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 175 €
Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 135 €
	2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 135 €
Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 180 €
	2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 180 €
Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 145 €
	2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 145 €
Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 200 €
	2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 200 €
Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 165 €
	2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 165 €

RSS = remboursement de la Sécurité sociale.

(1) On entend par enfant, au titre des garanties optique, l'enfant mineur avant son 18^e anniversaire.

FONCTIONNEMENT DE VOTRE RÉGIME

DÉBUT DE VOS 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.

COTISATIONS

Le montant des cotisations relatives au régime frais de santé souscrit est défini au contrat d'adhésion.

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

En cas d'affiliation en cours de mois, la cotisation mensuelle est dûe en totalité.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations du régime de base obligatoire sont réparties entre l'employeur et le salarié. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre. Le prélèvement de votre quote-part sera effectué directement par votre employeur sur votre bulletin de salaire mensuellement.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, **l'organisme assureur se réserve le droit de résilier les garanties**, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

En cas d'arrêt de travail du salarié, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation, tant patronale que salariale.

SUSPENSION DES GARANTIES

a) En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles des salariés en activité, si la suspension du contrat de travail du salarié est due à :

- un arrêt de travail pour maladie, d'origine professionnelle ou non;
- un arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle;
- un congé maternité;
- l'exercice du droit de grève;
- un congé non rémunéré n'excédant pas un mois continu;
- un congé de solidarité familiale, ou un congé de soutien familial, tels que définis par le Code du travail.

En tout état de cause, les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Dans tous les cas, le maintien de garanties s'effectue moyennant paiement des cotisations, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

b) En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération

Dans ce cas il y a suspension du droit à garanties, comme par exemple pour congés sans solde non visés par les dispositions précédentes (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise). En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

Cependant la garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Le salarié peut toutefois demander à titre individuel et facultatif auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier du régime

complémentaire de remboursement de frais de soins de santé pendant la durée de son congé.

L'employeur doit informer le salarié de la possibilité de maintenir l'assurance dans ces cas de suspension du contrat de travail. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. Celle-ci est à la charge exclusive du salarié qui doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur.

Lorsque le contrat de travail est suspendu en cours de mois, la première cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif 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 au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois précédant la fin du congé.

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

- à la date de fin d'effet de la suspension du contrat de travail,
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues dans le cadre des cessations des garanties,
- en cas de non paiement des cotisations.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir la garantie complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, le droit à garanties reprend dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

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

Les garanties du régime de base obligatoire 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.

Il est financé par un dispositif de mutualisation, c'est-à-dire par les cotisations de l'employeur et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

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 de l'ancien 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.

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente doit :

- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail,
- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié et lui remettre un bulletin d'affiliation à la portabilité.

Il appartient ensuite à l'ancien salarié :

- d'adresser à l'organisme assureur le dit bulletin complété, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail,
- de joindre à ce bulletin : la copie du certificat de travail justifiant la durée du contrat de travail, une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi, et la(es) carte(s) de tiers payant en cours de validité.

À défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus, nécessaires à la détermination, par l'organisme assureur, des droits et de la durée du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, le maintien des garanties au bénéfice de l'ancien salarié et de ses éventuels ayants droit ne sera pas assuré. Toutefois, l'organisme assureur peut décider de l'appliquer de manière temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. La durée du maintien temporaire pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié, 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 pourra être 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.

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.

CESSATION DES GARANTIES

- Au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, les garanties peuvent être maintenues jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le 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.

LOI ÉVIN

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi Évin ») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur propose, à titre individuel et facultatif, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **6 mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Toutefois, les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du « dispositif de portabilité », pourront en faire la demande dans les **6 mois** suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

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

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de 6 mois maximum à compter du décès.

Sous réserve d'avoir été informé par l'employeur, l'organisme assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture article 4 Loi Évin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la portabilité.

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

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 aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

Les régimes facultatifs ne sont applicables que si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

VOTRE RÉGIME DE BASE FACULTATIF POUR VOS AYANTS DROIT

OBJECTIF

L'objectif de ce régime est de faire bénéficier votre famille du régime de base obligatoire.

COMMENT SOUSCRIRE ?

Vous devez compléter le bulletin d'affiliation santé et le remettre à votre employeur accompagné des pièces justificatives (photocopies de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire, ...).

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE RÉGIME ?

Peuvent être bénéficiaires des garanties :

Sous réserve du paiement d'une cotisation par « ADULTE »

- Votre conjoint, non divorcé ni séparé de corps judiciairement, 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 ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, 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, ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, 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 ;

ATTENTION

La cotisation du 3^e enfant et plus au régime de base facultatif est gratuite. À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

- Jusqu'à leur 26^e anniversaire, 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.

L'organisme assureur se réserve le droit, à tout moment de vous demander de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).

Le bénéfice du présent régime n'est possible que si le salarié (dont relèvent les ayants droit mentionnés ci-dessus) est affilié au régime de base obligatoire.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définies expressément au tableau des garanties figurant en page 5.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

À la date de votre affiliation au régime de base obligatoire lorsque vous avez exprimé le choix d'étendre les garanties à vos ayants droit à cette date ou à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de votre demande. Vos ayants droit bénéficient du niveau de couverture santé que vous avez choisi pour vous-même. Aucune nouvelle affiliation ne pourra être acceptée suite à une résiliation des garanties facultatives à votre initiative ou à celle de vos ayants droit.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

Les garanties facultatives au profit de vos ayants droit cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- 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 cessation des garanties, vous avez la possibilité, ainsi que vos éventuels bénéficiaires, d'adhérer 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'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent régime, il ne sera pas exigé de formalités médicales.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

Lorsque vous bénéficiez, en tant qu'ancien salarié, du maintien de vos garanties obligatoires au titre du dispositif de portabilité détaillé page 9 de la présente notice (voir chapitre « votre régime obligatoire »), vos ayants droit qui étaient affiliés au régime de base facultatif conservent la qualité de bénéficiaires de ces garanties, pendant la durée d'application du dispositif de portabilité.

Ce maintien de garanties du régime de base facultatif cesse :

- lorsque cesse la période de portabilité ;
- en cas de résiliation de votre part.

EFFET ET DURÉE DE L’AFFILIATION

Votre affiliation est souscrite 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 une 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 Mutuelle Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C). La résiliation s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires des garanties.

VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF OPTION 1 OU 2

Cette partie ne vous concerne que si vous avez souscrit à titre individuel une option.

Les Partenaires sociaux ont souhaité vous offrir la possibilité d'améliorer vos remboursements au travers de 2 options facultatives venant s'ajouter à votre régime de base obligatoire.

COMMENT SOUSCRIRE ?

Vous devez remplir la partie y afférente sur le bulletin d'affiliation santé.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?

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 des accords collectifs CHRS ;
- 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 supplémentaire par « ENFANT »

- Vos enfants à charge (définition en page 10).

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 dans le tableau des garanties ci-après.

Les niveaux de garantie s'entendent en complément du régime de base.

INFO

Pour les ayants droit, le bénéfice du régime surcomplémentaire n'est possible que s'ils sont affiliés au régime de base facultatif. Les ayants droit bénéficient tous obligatoirement de la même option de garantie, qui ne peut pas être différente de celle du salarié.

OPTION 1

Les niveaux de garanties s'entendent en complément du régime de base.

PRESTATIONS DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ		
Frais de séjour	+ 100 % BR	Non couvert
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 80 % BR + 50 % BR	Non couvert Non couvert
Chambre particulière	+ 1 % du PMSS (soit 32,69 € au 01/01/2017)	Non couvert
ACTES MÉDICAUX		
Généralistes (consultations et visites) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 40 % BR + 20 % BR	Non couvert Non couvert
Spécialistes (consultations et visites) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 20 % BR + 20 % BR	Non couvert Non couvert
PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Sevrage tabagique	Crédit de 2 % du PMSS/année civile/bénéficiaire (soit 65,38 € au 01/01/2017)	
APPAREILLAGES REMBOURSÉS SÉCURITÉ SOCIALE		
Prothèses auditives	10 % du PMSS/appareil, limité à 2/année civile/bénéficiaire (soit 326,90 € au 01/01/2017)	
DENTAIRE: LIMITÉ À 3 PROTHÈSES/ANNÉE CIVILE		
Inlay core et inlay à clavettes	+ 100 % BR	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale sur incisives, canines, prémolaires (dents du sourire)	+ 100 % BR	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale sur molaires (dents du fond de la bouche)	+ 50 % BR	
OPTIQUE		
Monture et verres : 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 ⁽¹⁾ .		
Monture		
Enfant ⁽²⁾		+ 10 €
Adulte		+ 20 €
Verres		
Enfant ⁽²⁾		Voir GRILLE OPTIQUE ci-après
Adulte		Voir GRILLE OPTIQUE ci-après
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)		+ 3 % PMSS/bénéficiaire (soit 98,07 € au 01/01/2017)
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement		5 % PMSS/bénéficiaire (soit 163,45 € au 01/01/2017)
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Acupuncture, étiopathie, ostéopathie ⁽³⁾		25 €/acte, limité à 3 actes/an/bénéficiaire

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : • **C.A.S.** = contrat d'accès aux soins. • **OPTAM** = option pratique tarifaire maîtrisée. • **OPTAM CO** = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens. **FR** = frais réels. **BR** = base de remboursement de la Sécurité sociale. **RSS** = remboursement de la 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⁾ Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixe à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demande 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 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.

⁽²⁾ On entend par enfant, au titre des garanties optique, l'enfant mineur avant son 18^e anniversaire.

⁽³⁾ Si intervention de praticien inscrit auprès des annuaires professionnels.

GRILLE OPTIQUE – OPTION 1

Les niveaux de garanties s'entendent en complément du régime de base.

VERRES UNIFOCaux				
ADULTE OU ENFANT ⁽¹⁾	CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	+ 15 €
	2287916	Sphérique	de -6 à +6	+ 15 €
Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	+ 5 €
	2242457	Sphérique	de -6 à +6	+ 5 €
Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 10 €
	2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 10 €
	2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 10 €
	2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 10 €
Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 5 €
	2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 5 €
	2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 5 €
Adulte	2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 5 €
	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 5 €
	2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 5 €
Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 5 €
	2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 5 €
Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 15 €
	2226412	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 15 €
Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 5 €
	2270413	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 5 €
Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 10 €
	2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 10 €
Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 5 €
	2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 5 €
Adulte	2212976	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 5 €
	2252668	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 5 €
Enfant	2238941	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 5 €
	2268385	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 5 €
Adulte	2288519	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 10 €
	2299523	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 10 €
Enfant	2245036	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 5 €
	2206800	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 5 €

VERRES MULTIFOCaux				
ADULTE OU ENFANT ⁽¹⁾	CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
Adulte	2290396	Sphérique	de -4 à +4	+20 €
	2291183	Sphérique	de -4 à +4	+20 €
Enfant	2259245	Sphérique	de -4 à +4	+5 €
	2264045	Sphérique	de -4 à +4	+5 €
Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+25 €
	2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+25 €
Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+5 €
	2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+5 €
Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	+30 €
	2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	+30 €
Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	+5 €
	2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	+5 €
Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+30 €
	2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+30 €
Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+5 €
	2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+5 €

(1) On entend par enfant, au titre des garanties optique, l'enfant mineur avant son 18^e anniversaire.

OPTION 2

Les niveaux de garanties s'entendent en complément du régime de base.

PRESTATIONS DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
--------	--------------	------------------

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Frais de séjour	+ 100 % BR	Non couvert
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M.. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 80 % BR + 50 % BR	90 % des FR, limité à 200 % BR (le C.A.S. ne s'applique pas en secteur non conventionné)
Chambre particulière	+ 1 % du PMSS (soit 32,69 € au 01/01/2017)	+ 3 % du PMSS (soit 98,07 € au 01/01/2017)
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation de justificatif)	Néant	+ 1,5 % du PMSS (soit 49,03 € au 01/01/2017)

ACTES MÉDICAUX

Généralistes (consultations et visites) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 120 % BR + 100 % BR	Non couvert Non couvert
Spécialistes (consultations et visites) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 130 % BR + 50 % BR	Non couvert Non couvert
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 75 % BR + 75 % BR	Non couvert Non couvert
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) • Pour le médecin adhérent à un D.P.T.M. • Pour le médecin non adhérent à un D.P.T.M.	+ 95 % BR + 75 % BR	Non couvert Non couvert
Auxiliaires médicaux, analyses		+ 75 % BR

ACTES MÉDICAUX NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Densitométrie osseuse	Crédit de 100 €/année civile
-----------------------	------------------------------

PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Vaccins	Crédit de 1,5 % du PMSS/année civile/bénéficiaire (soit 49,03 € au 01/01/2017)
Sevrage tabagique	Crédit de 4 % du PMSS/année civile/bénéficiaire (soit 130,76 € au 01/01/2017)

APPAREILLAGES REMBOURSÉS SÉCURITÉ SOCIALE

Prothèses auditives	+ 20 % du PMSS/appareil, limité à 2/année civile/bénéficiaire (soit 653,80 € au 01/01/2017)
Orthopédie et autres prothèses	+ 100 % BR

DENTAIRE

Inlay core et inlay à clavettes	+ 180 % BR
Prothèses dentaires	limité à 3 prothèses/année civile
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale sur incisives, canines, prémolaires (dents du sourire)	+ 200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale sur molaires (dents du fond de la bouche)	+ 150 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	12 % du PMSS/dent (soit 392,28 € au 01/01/2017)
Orthodontie acceptée	+ 100 % BR
Orthodontie refusée	250 % BR de l'orthodontie acceptée
Parodontologie	Crédit de 5 % du PMSS/année civile/bénéficiaire (soit 163,45 € au 01/01/2017)
Implants dentaires (pose piliers + implants)	Crédit de 12 % du PMSS/année civile/bénéficiaire (soit 392,28 € au 01/01/2017)

OPTION 2

Les niveaux de garanties s'entendent en complément du régime de base.

PRESTATIONS DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
--------	--------------	------------------

OPTIQUE

Monture et verres : 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⁽²⁾.

Monture	
Enfant ⁽³⁾	+ 10 €
Adulte	+ 20 €
Verres	
Enfant ⁽³⁾	Voir GRILLE OPTIQUE ci-après
Adulte	Voir GRILLE OPTIQUE ci-après
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit supplémentaire de 7 % du PMSS/année civile/bénéficiaire (soit 228,83 € au 01/01/2017)
Chirurgie réfractive	Crédit de 10 % du PMSS/année civile/bénéficiaire (soit 326,90 € au 01/01/2017)

CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement	10 % du PMSS/bénéficiaire (soit 326,90 € au 01/01/2017)
---	---

ACTES HORS NOMENCLATURE

Acupuncture, étiopathie, ostéopathie ⁽⁴⁾	50 €/acte, limité à 5 actes/an/bénéficiaire
---	---

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

- **C.A.S.** = contrat d'accès aux soins.
- **OPTAM** = option pratique tarifaire maîtrisée.
- **OPTAM CO** = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens

FR = frais réels.

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.

RSS = remboursement de la 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) Actes pris en charge dans ce poste : couronnes dentaires (HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents 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 tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(2) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixe à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demande 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 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.

(3) On entend par enfant, au titre des garanties optique, l'enfant mineur avant son 18^e anniversaire.

(4) Si intervention de praticien inscrit auprès des annuaires professionnels.

GRILLE OPTIQUE – OPTION 2

Les niveaux de garanties s'entendent en complément du régime de base.

VERRES UNIFOCAUX				
ADULTE OU ENFANT ⁽¹⁾	CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	+ 50 €
	2287916	Sphérique	de -6 à +6	+ 50 €
Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	+ 30 €
	2242457	Sphérique	de -6 à +6	+ 30 €
Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 45 €
	2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 45 €
	2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 45 €
	2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 45 €
Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €
	2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €
	2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €
Adulte	2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €
	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 40 €
	2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 40 €
Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 30 €
	2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 30 €
Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 50 €
	2226412	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 50 €
Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 30 €
	2270413	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 30 €
Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 45 €
	2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 45 €
Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €
	2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €
Adulte	2212976	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 40 €
	2252668	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 40 €
Enfant	2238941	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 30 €
	2268385	Cylindre inférieur à 4	de -6 à +6	+ 30 €
Adulte	2288519	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 45 €
	2299523	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 45 €
Enfant	2245036	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €
	2206800	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €

VERRES MULTIFOCAUX				
ADULTE OU ENFANT ⁽¹⁾	CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE
Adulte	2290396	Sphérique	de -4 à +4	+90 €
	2291183	Sphérique	de -4 à +4	+90 €
Enfant	2259245	Sphérique	de -4 à +4	+55 €
	2264045	Sphérique	de -4 à +4	+55 €
Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+95 €
	2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+95 €
Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+55 €
	2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+55 €
Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	+100 €
	2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	+100 €
Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	+55 €
	2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	+55 €
Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+100 €
	2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+100 €
Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+55 €
	2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+55 €

[1] On entend par enfant, au titre des garanties optique, l'enfant mineur avant son 18^e anniversaire.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

Soit à la date d'affiliation au régime de base obligatoire, soit au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande. Les garanties s'appliqueront sans délais d'attente.

COMMENT CHANGER D'OPTION ?

Vous pouvez changer d'option du régime surcomplémentaire facultatif au 1^{er} janvier 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'adhésion à l'une des options du régime.

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, du signataire d'un PACS, ou d'un enfant) dans les 2 mois précédant la demande de changement d'option du régime :

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

Tout changement d'option du régime surcomplémentaire facultatif concernera l'ensemble des personnes assurées.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

La résiliation s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie.

Pour **tout salarié** :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail) ;
- en cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire.

Pour **ses éventuels bénéficiaires** :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- 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 ;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de base facultatif.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

Lorsque vous bénéficiez, en tant qu'ancien salarié, du maintien de vos garanties obligatoires au titre du dispositif de portabilité détaillé page 8 de la présente notice (voir chapitre « votre régime obligatoire »), vous pouvez demander le maintien de vos garanties optionnelles facultatives, pour vous-même et pour vos bénéficiaires. Ce maintien de garanties s'effectue dans les mêmes limites, conditions et formalités que pour les salariés en activité affiliés au même régime. Il est financé par les cotisations de l'employeur et des salariés en activité (mutualisation).

INFO

En tout état de cause, la résiliation ou la suspension de la garantie du régime de base entraîne la résiliation ou la suspension de la garantie du régime surcomplémentaire.

En revanche, la résiliation de la garantie du régime surcomplémentaire n'entraîne pas la résiliation de la garantie du régime de base.

Pour vous comme pour vos ayants droit, ce maintien de garanties du régime surcomplémentaire facultatif s'applique pendant la durée d'application du dispositif de portabilité, et cesse :

- lorsque cesse la période de portabilité ;
- en cas de résiliation de votre part.

EFFET ET DURÉE DE L'AFFILIATION

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvellent 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 bénéficier du dispositif Couverture Mutuelle Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

La garantie peut être suspendue en cas de non-paiement des cotisations.

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

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

COTISATIONS

Les cotisations des garanties facultatives sont exclusivement à votre charge, et sont prélevées par l'organisme assureur sur votre compte bancaire, mensuellement, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur.

Il faut donc dans ce cas bien penser à remplir le mandat de prélèvement.

En cas d'affiliation en cours de mois, la cotisation mensuelle est dûe en totalité.

En cas de non-paiement des cotisations de votre régime surcomplémentaire facultatif, dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'organisme assureur vous adressera une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, l'organisme assureur informe de la cessation automatique de la garantie. En cas d'arrêt de travail du salarié, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation.

INDEXATION

Les cotisations peuvent être indexées au 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend de l'équilibre global du portefeuille mutualisé.

L'indexation ainsi définie vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date de l'échéance annuelle.

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 adhésion 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'adhérent 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'adhérent 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'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat;
- 7/les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

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

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

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

Droit à renonciation

Dans le cadre des obligations liées à la commercialisation à distance, il est ouvert à l'adhérent 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 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 la garantie 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 organisme assureur gestionnaire.

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

EXEMPLE

J'ai souscrit une adhésion pour le produit Accord santé CHRS auprès de votre organisme

le:/.../.....,

sous le numéro:

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

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

Date et Signature

NOTA BENE

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

FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES

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'organisme assureur l'ensemble des informations concernant vos remboursements ; si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à la CPAM uniquement**.

Si vos ayants droit sont affiliés à un régime de base obligatoire n'ayant pas passé de convention de télétransmission avec la Sécurité sociale, vous devez adresser au centre de gestion de l'organisme assureur l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

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

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

Si votre ayant droit 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 NOÉMIE. Cette mesure ne supprime en rien ses droits au remboursement. En effet, s'il reste des frais à la charge de votre conjoint, l'organisme assureur 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 vous sont réglées directement et dans un délai maximum de sept jours, à l'exception des prestations relevant du tiers payant, qui sont réglées directement aux professionnels de santé.

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

- pour AG2R RÉUNICA Prévoyance : www.ag2ramondiale.fr/particulier
- pour MUTEX : le site Internet de votre mutuelle gestionnaire

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

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

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

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- pour l'acupuncture, l'ostéopathie, l'étiopathie, la note d'honoraires du praticien reconnu par les annuaires professionnels, 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 ;
- pour les médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur 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 entreprises hospitalières ou des cliniques seront pris en compte pour les remboursements.

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

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.

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

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant : soit la date des soins pratiqués s'il s'agit de prestations non remboursées par la Sécurité sociale, soit la date de remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas.

LE TIERS PAYANT

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

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

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

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

La carte tiers payant reste la propriété de l'organisme assureur. En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite,...) ou de résiliation du contrat, vous devez restituer la carte 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.

NOTA

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.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement conventionné (uniquement), le centre de gestion de 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 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'entreprise conventionnée.

OÙ ADRESSER VOS DEMANDES DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

- AG2R RÉUNICA Prévoyance :
 - par courrier : AG2R LA MONDIALE – TSA 71012 – 69303 LYON Cedex 07
 - par internet : www.ag2ramondiale.fr/particulier
- Unités de gestion MUTEX :
 - ADREA MUTUELLE – 58 rue Bourgmayeur – CS 70016-01017 BOURG-EN-BRESSE Cedex,
 - APREVA – BP 70299 – 59906 VALENCIENNES Cedex
 - EOVI MCD – 5 rue Belle image – 26028 VALENCE Cedex,
 - HARMONIE MUTUELLE – 3 avenue de la Fontaine S^e Marguerite – BP 40359 – 89006 AUXERRE Cedex,
 - OCIANE – 8, terrasse du Front Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex, membre du groupement de coassurance mutualiste,
- vous pouvez également, sur place, présenter 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 de l'organisme assureur. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention de l'organisme assureur.

EN CAS DE POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est préférable de faire établir un devis par votre chirurgien-dentiste. Ce dernier l'adresse au centre de gestion de l'organisme assureur. En retour, il reçoit un courrier mentionnant le montant de l'intervention de l'organisme assureur 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.

Rappel: pour tout assuré ou ayant droit de 16 ans et plus, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie et par votre régime complémentaire frais de santé.

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.

Rappel: si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie et par votre régime complémentaire frais de santé.

MÉDECINS NON CONVENTIONNÉS

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

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

Contrats d'accès aux soins (C.A.S.)

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

Pour savoir si votre médecin a signé le C.A.S. ou trouver un médecin l'ayant fait, consultez le site 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) ».

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.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.

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 (sauf cas d'exonération définis par le régime général de la Sécurité sociale) :

- 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.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

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

FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS			RESTE À VOTRE CHARGE
		SÉCURITÉ SOCIALE	COMPLÉMENTAIRE ⁽¹⁾		
CONSULTATION CHEZ UN SPÉCIALISTE DE SECTEUR 2 ADHÉRENT AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS					
(À HONORAIRES MAÎTRISÉS) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS, SUR AVIS DU MÉDECIN TRAITANT					
70 €	28,00 €	18,60 € ⁽²⁾	Base	28,00 €	23,40 €
			Base + option 1	33,60 €	17,80 €
			Base + option 2	50,40 €	1,00 €
PROTHÈSE DENTAIRE REMBOURSÉE SÉCURITÉ SOCIALE – DENTS DU SOURIRE ⁽³⁾					
550 €	107,50 €	75,25 €	Base	139,75 €	335 €
			Base + option 1	247,25 €	227,50 €
			Base + option 2	354,75 €	120 €
OPTIQUE					
Monture adulte					
150 €	2,84 €	1,70 €	Base	130 €	18,30 €
			Base + option 1	148,30 €	0 €
			Base + option 2	148,30 €	0 €
Verres blancs simples foyer (sphère de -6 à +6), identiques (la paire)					
200 €	4,58 €	2,75 €	Base	150 €	47,25 €
			Base + option 1	180 €	17,25 €
			Base + option 2	197,25 €	0 €

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

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

⁽³⁾ Dents du sourire : incisives, canines, prémolaires.

GÉNÉRALITÉS

LIMITES DES GARANTIES

Les exclusions et 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.

Sauf indication contraire figurant aux tableaux 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 de la garantie ou après la cessation de celle-ci ; la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de 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 la garantie souscrite).

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

- de la législation sur les pensions militaires ;
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

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].

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.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la participation de l'assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à votre charge ou à celle de vos ayants droit 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.

Des justificatifs peuvent être demandés par l'organisme assureur à cet effet.

La garantie accordée à un conjoint ou concubin affilié à un régime de Sécurité sociale autre que celui des salariés ne peut dépasser celle qui aurait été accordée s'il avait bénéficié du régime des salariés.

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.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par événement, il faut entendre : soit la date du soin si l'acte n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, soit la date du remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas.

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 (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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.

ou à la mutuelle désignée par les conditions particulières établies pour l'adhérent.

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.

ou pour :

- MUTEX, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les conditions particulières établies pour l'adhérent.

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 LUTTE CONTRE LA FRAUDE

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

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

Ces données seront conservées pour la durée de votre contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à

- AG2R LA MONDIALE
Correspondant Informatique et Libertés
104-110 boulevard Haussmann
75379 PARIS Cedex 08
ou par mail à informatique.libertes@ag2rmondiale.fr
- MUTEX
Correspondant Informatique et libertés
125 avenue de Paris
92327 CHÂTILLON Cedex

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

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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



ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

À DÉTACHER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné, reconnais avoir reçu la notice d'information « Régime
frais de santé, convention collective des centres d'hébergement et de réadaptation sociale et dans les services d'accueil,
d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS) » relative au régime de frais de santé souscrit par mon employeur auprès
de l'organisme assureur :

À Le

Signature du salarié :



Ce document doit être conservé par l'employeur sans limitation de durée.



AG2R LA MONDIALE

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

MUTEX

125 avenue de Paris
92327 CHÂTILLON CEDEX
<https://ccn.mutex.fr>

AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
– membre d'AG2R LA MONDIALE – 35, boulevard Brune – 75014 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA

MUTEX, entreprise régie par le Code des assurances – Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHÂTILLON CEDEX