



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ



Régime de
base Bien-être

NOTICE D'INFORMATION

Entreprises relevant du Commerce des articles de sports et
équipements de loisirs [Brochure n° 3049]

Obligatoire pour le salarié et facultatif pour ses ayants droit
Surcomplémentaire facultative pour le salarié et ses ayants droit
Garanties au 1^{er} janvier 2017

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	5
---------------------	----------

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

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

VOS RÉGIMES FACULTATIFS	12
--------------------------------	-----------

RÉGIME DE BASE BIEN-ÊTRE POUR VOS AYANTS DROIT	
Quel est l'objet du régime ?	12
Quels sont les bénéficiaires ?	12
Comment souscrire ?	12
Quels sont les actes et frais garantis ?	12
Quand débutent les garanties ?	13
Quand cessent les garanties ?	13

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	
Quel est l'objet du régime ?	14
Quels sont les bénéficiaires ?	14
Comment souscrire ?	14
Quels sont les actes et frais garantis ?	14
Résumé des garanties	15
Quand débutent les garanties ?	16
Quand cessent-elles ?	16

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

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

Exclusions et limites des garanties	19
Plafond des remboursements	20
Recours contre les tiers responsables	20
Prescription	20
Réclamations - médiation	20
Informatique et libertés	20
Autorité de contrôle	20

MODALITÉS DE GESTION	21
Comment s'effectuent vos remboursements ?	21
Le tiers payant	22
Accords de prise en charge	22
Quelques informations utiles	23
Pour tout renseignement	24
Exemples de remboursements	25
SERVICE SANTÉ	26
Téléchargez gratuitement le logiciel « service santé »	26
L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	28

PRÉSENTATION

Votre entreprise relevant du Commerce des articles de sports et équipements de loisirs, a mis en place des garanties frais de santé au profit de l'ensemble de son personnel.

Ces garanties comprennent :

- un régime de **base Bien-être obligatoire** pour **vous-même** et **facultatif** pour **vos ayants droit** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** (renfort Sérénité) pour **vous-même et vos ayants droit** si vous souhaitez **améliorer le remboursement** des frais garantis par le régime de base Bien-être.

Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire facultatif, l'affiliation au régime de base Bien-être est indispensable.

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

La NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Elle s'applique à compter du **1^{er} janvier 2017**.

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

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

RÉGIME DE BASE BIEN-ÊTRE

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

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

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

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

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale du Commerce des articles de sports et équipements de loisirs.

COMMENT BÉNÉFICIER DU RÉGIME ?

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

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

MODIFICATION DE SITUATION

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

RÉSUMÉ DES GARANTIES

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

POSTES	CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	250 % de la BR
Forfait hospitalier engagé	100 % du forfait réglementaire en vigueur sans limitation de durée
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	270 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	200 % de la BR
Chambre particulière	50 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation de justificatif)	30 € par jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 de la % BR
Actes médicaux	
Généralistes, Spécialistes (consultations et visites)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	170 de la % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	150 de la % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	170 de la % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	150 de la % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % de la BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 de la % BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Soins dentaires	125 % de la BR
Inlay simple, onlay	195 % de la BR + crédit de 100 € par année civile et par bénéficiaire
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlay à clavettes)	195 % de la BR + crédit de 100 € par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie	195 % de la BR + crédit de 150 € par semestre et par bénéficiaire
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires ⁽²⁾ , parodontologie, implants dentaires (pose des piliers + implant) ⁽³⁾	Crédit de 200 € par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie	Crédit de 300 € par semestre et par bénéficiaire
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses médicales (hors appareillages dentaires et auditifs)	100 % de la BR
Optique: le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽⁴⁾	
Monture + verres	RSS + forfait de 440 € par bénéficiaire ⁽⁵⁾
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives, par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables	Crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives, par bénéficiaire
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	100 % de la BR

POSTES

CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

Maternité / Adoption

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré

Forfait de 150 € (limité à un paiement par enfant déclaré)

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁶⁾

30 € par acte, limité à 3 actes par année civile

Actes de prévention

Voir liste ci-après

100 % de la BR

Prise en charge de l'abonnement à un club sportif dans la limite d'un forfait annuel ⁽⁷⁾

50 € par année civile ⁽⁸⁾

BR = base de remboursement Sécurité sociale.
RSS = remboursement Sécurité sociale.

- (1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.
 (2) 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 implantaire (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.
 (3) La garantie implants dentaires non remboursés comprend la pose des piliers + implants à l'exclusion des autres annexes (scanner, couronne).
 (4) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 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.
 (5) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 €.
 (6) Si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée.
 (7) Abonnement à un club sportif relevant d'une fédération agréée par le ministère de la Jeunesse et des sports et exclusivement réservé au personnel relevant de la Convention collective nationale du Commerce des articles de sports et équipements de loisirs.
 (8) Prestation versée uniquement au salarié dans la limite des frais engagés et après 3 mois d'affiliation au régime.

Actes de prévention pris en charge

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

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT-ELLES ?

- Au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à 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 ;
- en cas de suspension de votre contrat de travail.

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

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations salariales et patronales correspondantes (dans les mêmes conditions que celles des salariés en activité) lorsque la suspension du contrat de travail est due à :

- un arrêt de travail pour maladie, accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle au-delà de la période visée au paragraphe « Salariés relevant de la législation « Accident du travail/Maladie professionnelle » », page 10 ;
- un arrêt de travail pour maternité, adoption ou paternité.

En tout état de cause, les garanties sont 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.

Sans indemnisation

Dans les autres cas que ceux cités ci-dessus (congé parental d'éducation, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé pour création

d'entreprise, congé de formation), le salarié peut demander, à titre individuel, à continuer de bénéficier du régime de base Sérénité obligatoire pendant la durée du congé.

La totalité de la cotisation est à la charge exclusive du salarié et sera prélevée mensuellement à terme échu sur son compte bancaire.

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

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

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

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

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

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

La garantie est maintenue aux anciens salariés, ainsi qu'à leurs bénéficiaires, 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 de garantie s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

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

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

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

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

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

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

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

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

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien de la garantie dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail du salarié, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné :

- de la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- d'une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi ;
- et des cartes de tiers payant en cours de validité.

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

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

Paiement des prestations

L'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime

obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Loi Évén

L'Institution propose, à titre individuel, la poursuite de la couverture frais de santé (à l'exception de la prise en charge de l'abonnement à un club sportif), sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux aux anciens salariés :

- bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ;
- ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ;

sans condition de durée et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **6 mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

Ayants droit d'un salarié décédé

En cas de décès du salarié en activité, y compris en période de portabilité des droits prévue au paragraphe « EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS », le régime de base Bien-être est maintenu, à titre gratuit, à ses ayants droit ayant souscrit à ce régime à titre facultatif, pendant une période de **12 mois** à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès.

Pour en bénéficier, la demande doit être faite dans les **6 mois** suivant le décès.

Ces ayants droit devront remplir un bulletin d'affiliation. L'affiliation prend effet à la date prévue au bulletin d'affiliation et au plus tôt au lendemain de la demande.

Cessation des garanties collectives

En cas de cessation des garanties, vous avez la possibilité de vous affilier, ainsi que vos ayants droit, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande. Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de **6 mois** à compter de la radiation au régime de base Bien-être ou de la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

SALARIÉS RELEVANT DE LA LÉGISLATION

« ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE »

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnus comme tels par la Sécurité sociale, d'un salarié, donnant lieu à un arrêt de travail de plus de **6 mois**, les garanties du régime de base Bien-être obligatoire sont maintenues, sans paiement des cotisations, pendant **12 mois** à compter du **1^{er} jour du 7^e mois** d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1^{er} jour qui suit la reprise d'activité. Cependant, tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial, conserve

le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la Sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « accidents du travail/maladies professionnelles ».

Tout salarié qui reprend le travail après avoir bénéficié partiellement de l'exonération du paiement des cotisations, conserve son droit à gratuité en cas de rechute au sens de la législation de la Sécurité sociale « accidents du travail/maladies professionnelles », dans la limite de la période d'exonération restant à courir.

En cas de cessation du contrat de travail, les anciens salariés, relevant de la législation « accidents du travail/maladies professionnelles » du régime de base de la Sécurité sociale bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, continuent à bénéficier après la rupture du contrat de travail des garanties du régime de base Bien-être obligatoire avec exonération des cotisations dans les conditions fixées ci-dessus.

COTISATIONS

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

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

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

RÉGIME DE BASE BIEN-ÊTRE POUR VOS AYANTS DROIT

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

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Faire bénéficier votre famille du régime de base Bien-être.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION

« CONJOINT »

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

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION

« PAR ENFANT »

- Les **enfants de moins de 21 ans** à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension;
- les **enfants de moins de 26 ans** à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement

de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les **enfants infirmes** à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

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

COMMENT SOUSCRIRE ?

Complétez la partie « ADHÉSION FACULTATIVE - Ayants droit » du bulletin d'affiliation santé.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base Bien-être obligatoire définies au résumé des garanties figurant page 7 (à l'exception de la prise en charge de l'abonnement à un club sportif).

BÉNÉFICE DU RÉGIME POUR LES AYANTS DROIT

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

COTISATION ENFANT

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

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

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

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

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Améliorer vos remboursements en souscrivant à un **renfort facultatif** venant s'ajouter à votre régime de base Bien-être.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE

Par ADULTE

- **Vous-même**, assuré social, salarié lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant du Commerce des articles de sports et équipements de loisirs;
- **votre conjoint, ou concubin** au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non).

Par ENFANT

- **Vos enfants à charge** (définition en page 12).

COMMENT SOUSCRIRE ?

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

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

MATERNITÉ - ADOPTION

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

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

BÉNÉFICE DU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

Le régime surcomplémentaire (renfort Sérénité) s'applique si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes. Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime de base Bien-être est obligatoire.

Par ailleurs, l'affiliation au régime surcomplémentaire s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires du régime de base Bien-être.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

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

RENFORT SÉRÉNITÉ

POSTES

Conventionné/Non conventionné

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour + 150 % de la BR

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

• Pour les médecins adhérents au C.A.S. + 150 % de la BR

Chambre particulière + 20 € par jour

Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation de justificatif) + 10 € par jour

Actes médicaux

Généralistes, spécialistes (consultations et visites) / Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)

• Pour les médecins adhérents au C.A.S. + 50 % de la BR

• Pour les médecins non adhérents au C.A.S. + 50 % de la BR

Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale

Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) Crédit de 500 € par œil par année civile et par bénéficiaire

Dentaire remboursé par la Sécurité sociale

Inlays simples, onlays + Crédit de 100 € par année civile et par bénéficiaire

Prothèses dentaires (y compris inlays cores et inlays à clavettes) + Crédit de 100 € par année civile et par bénéficiaire

Orthodontie + Crédit de 150 € par semestre et par bénéficiaire

Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale

Prothèses dentaires ⁽²⁾, parodontologie, implants dentaires (pose piliers + implants) ⁽³⁾ + Crédit de 200 € par année civile et par bénéficiaire

Orthodontie + Crédit de 200 € par semestre et par bénéficiaire

Appareillages remboursés par la Sécurité sociale

Prothèses auditives + Crédit de 600 € par année civile et par bénéficiaire

Orthopédie et autres prothèses médicales + Crédit de 150 € par année civile et par bénéficiaire

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires + 50 % de la BR

Frais de voyage et hébergement + 50 % de la BR

Maternité ou adoption

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré + Forfait de 250 €

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁴⁾ + 10 € par acte limité à 3 actes par année civile et par bénéficiaire

Actes de prévention

Prise en charge de l'abonnement à un club sportif dans la limite d'un forfait annuel ⁽⁵⁾ + 10 € par année civile

BR = base de remboursement Sécurité sociale. C.A.S. = contrat d'accès aux soins.

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

(2) 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.

(3) La garantie implants dentaires non remboursés comprend la pose des piliers + implants à l'exclusion des autres actes annexes (scanner, pilier, couronne).

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

(5) Abonnement à un club sportif relevant d'une fédération agréée par le ministère de la Jeunesse et des sports et exclusivement réservé au personnel relevant de la Convention collective nationale du Commerce des articles de sports et équipements de loisirs.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT-ELLES ?

Pour **vous-même** :

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

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

Pour vos **éventuels bénéficiaires** :

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

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

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

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

DURÉE DE L’AFFILIATION

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

COTISATIONS

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

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

En cas de non-paiement des cotisations, dans le délai de 10 jours suivant la date de l’échéance, l’Institution vous adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, l’Institution vous 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 sont indexées au 1^{er} janvier par l’application d’un taux qui dépend :

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

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

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

À défaut d’opposition notifiée sur l’indexation avant le 10 décembre de l’année en cours, les cotisations

indexées s’appliquent de plein droit.

ADHÉSION À DISTANCE

DÉFINITION

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

ÉLÉMENTS COMMUNIQUÉS À L’ASSURÉ

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

- 1/La dénomination de l’organisme assureur contractant, l’adresse de son siège social, lorsque l’organisme assureur est inscrit au registre du commerce et des sociétés, son numéro d’immatriculation, les coordonnées de l’autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l’adresse de la succursale qui propose la couverture ;
- 2/le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l’assuré de vérifier celle-ci ;
- 3/la durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- 4/la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l’indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l’utilisation d’une technique de commercialisation à distance ;
- 5/l’existence ou l’absence d’un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l’adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L’assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l’organisme 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'assureur.

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

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

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

DÉFINITION

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

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

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

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

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

MODÈLE DE RENONCIATION

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

- AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion - Affiliations santé - Entreprise du Commerce des articles de sports et équipements de loisirs - 485 avenue du Prado - 13412 MARSEILLE CEDEX 20

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

J'ai souscrit une adhésion pour le produit
Commerce des articles de sports et équipements de loisirs
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 14 jours ne se sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'affiliation (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion.

Date et Signature

GÉNÉRALITÉS

EXCLUSIONS ET LIMITES DES GARANTIES

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

EXCLUSIONS

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

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ;
- relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de 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'Institution sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties souscrites).

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

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

LIMITES DE LA GARANTIE

- **Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale :** lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'Institution.
- **Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux :** le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.
- **Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles) :** le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.
- **Actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait :** à l'exception du forfait maternité, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'assureur.
- **Pharmacie :** pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire se fera également sur cette base.
- **Maternité :** la garantie maternité n'intervient que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité. L'article D.331 du Code de la Sécurité sociale prévoit que cette période débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après l'accouchement.
- **Frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné :** la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité sociale ;

cette limite de 90 jours ne s'applique pas à la prise en charge du forfait hospitalier.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

La participation de l'institution ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à votre charge après 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.

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

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans un délai maximum de **2 ans** suivant la date des soins.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'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.

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

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

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

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

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

- AG2R LA MONDIALE
Correspondant Informatique et Libertés
104/110 boulevard Haussmann
75379 PARIS CEDEX 08.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

MODALITÉS DE GESTION

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

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

Si cette procédure n'est pas encore en service ou si un ayant droit ne peut bénéficier du système « NOEMIE », vous devez adresser au centre de gestion l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

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

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

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

ATTENTION

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire.

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

- www.ag2ramondiale.fr/particulier.

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

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

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

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis;
- **pour le forfait maternité**, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département;
- **pour l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie**, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée;
- **pour la chirurgie réfractive**, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée;
- **pour les vaccins**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien;
- **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'Institution auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux,...).

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

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

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

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

LE TIERS PAYANT

La carte tiers payant vous évite d'avoir à faire l'avance de sommes parfois importantes dans l'attente des

CARTE TIERS PAYANT

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

Attention

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

remboursements. Elle vous est remise après enregistrement de votre affiliation à l'Institution.

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

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

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

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

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

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

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

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

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

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

RÉSEAU ITELIS

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

Vous pouvez connaître les opticiens agréés :

- en TÉLÉPHONANT au :
 - 0969 32 2000 (appel non surtaxé),
- ou en consultant notre site Internet :
 - www.ag2rlamondiale.fr/particulier.

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

EN CAS DE POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE

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

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

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

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

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

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

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

Établissements de santé

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

MÉDECIN TRAITANT ET CORRESPONDANT

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

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Il s'agit d'un circuit que vous devez suivre afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace entre vous-même, votre médecin traitant et, le cas échéant, les autres praticiens. Les médecins en accès direct (ophtalmologistes et gynécologues pour certains actes, et les psychiatres pour les 16-25 ans) sont également encouragés à faire un retour d'information au médecin traitant. Pour les consulter directement, il faut cependant avoir déclaré son médecin traitant auprès de la Sécurité sociale au préalable.

MÉDECINS NON CONVENTIONNÉS

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

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (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) ».

PARTICIPATION FORFAITAIRE/FRANCHISE

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par le régime général de la Sécurité sociale).

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

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

Franchise

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par le

régime général de la Sécurité sociale).

Son montant est de :

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITE INTERNET

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



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

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

REMBOURSEMENTS

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIMES	AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	RESTE À VOTRE CHARGE
Consultation chez un spécialiste (à honoraires libres) dans le cadre du parcours de soins coordonnés (Adhérent au C.A.S.) sur avis du médecin traitant						
	50 €	28,00 €	18,60 € ⁽²⁾	Bien-être	28 €	3,40 €
				Bien-être + Renfort Sérénité	30,40 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale - Couronne céramique						
	400 €	107,50 €	75,25 €	Bien-être	234,37 €	90,38 €
				Bien-être + Renfort Sérénité	324,75 €	0 €
Optique - Monture + 2 verres blancs simples foyer (sphère de -6,25 à -10), identiques						
	440 €	2,84 € + (4,12 x 2) = 11,08 €	6,64 €	Bien-être	433,36 €	0 €
				Bien-être + Renfort Sérénité	433,36 €	0 €
Prothèses auditives						
	795 €	199,71 €	119,82 €	Bien-être	79,89 €	595,29 €
				Bien-être + Renfort Sérénité	675,18 €	0 €

C.A.S. = contrat d'accès aux soins.

(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).

LEXIQUE

Base de remboursement (BR)

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

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

Contrat conclu entre l'Assurance maladie et des médecins libéraux du secteur 2 (secteur 1 dans certains cas) afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés, d'avoir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

Frais réels (FR)

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

Ticket modérateur (TM)

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

SERVICE SANTÉ

TÉLÉCHARGEZ GRATUITEMENT LE LOGICIEL « SERVICE SANTÉ »

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

Vous pouvez accéder à ce service sur notre site internet :

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



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

RESTEZ INFORMÉ DE TOUTE L'ACTUALITÉ SANTÉ

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

Toute l'information santé à portée de clic !

JOUEZ ET TESTEZ VOTRE SANTÉ

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

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

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

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

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

Le logiciel « Service santé » vous permet de programmer tous les rendez-vous médicaux de votre famille.

POUR TOUTE INFORMATION, N'HÉSITÉS PAS, CONTACTEZ-NOUS.

Pour votre affiliation

AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion - Affiliations santé
Entreprise du Commerce des articles de sports
et équipements de loisirs
485 avenue du Prado
13412 MARSEILLE CEDEX 20

Pour vos prestations

AG2R LA MONDIALE
TSA 71012 - 69303 LYON CEDEX 07

Tél. : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

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

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

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

ÉPARGNE SALARIALE

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

PASSIFS SOCIAUX

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

ENGAGEMENT SOCIAL

Prévention et conseil social
Accompagnement

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

www.ag2rlamondiale.fr

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