

santé —

# NOTICE D'INFOR- MATION

Régime frais de santé des anciens salariés  
Détailants et détaillants-fabricants de la  
confiserie, chocolaterie, biscuiterie  
Garantie au 1<sup>er</sup> janvier 2013



AG2R LA MONDIALE

**CHOC'**Alliance

La complémentaire santé de ma profession

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
LES SIGNATAIRES DE L'ACCORD	5
VOTRE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE ET SURCOMPLÉMENTAIRE	6
OBJECTIF	8
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS	8
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE	8
QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?	10
QUAND CESSE-T-ELLE ?	10
PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?	11
COMMENT VOUS AFFILIER	11
MODIFICATION DE SITUATION	13
MIEUX COMPRENDRE VOS GARANTIES	13
QUEL EST LE NIVEAU DE VOS GARANTIES ?	15
RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	22
DÉFINITIONS	27
COTISATIONS	28
CHOIX DES RÉGIMES	28
COMMENT CHANGER DE FORMULE DE GARANTIE	28
PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	29
INDEXATION	29
ADHÉSION À DISTANCE	29
ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ADHÉRENT	32
FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES	34
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	34
PRESTATIONS	35
LE TIERS PAYANT	37
GÉNÉRALITÉS	40
LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS	40
RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	42
PRESCRIPTION	42
RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	43
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	43
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	43
POUR TOUT RENSEIGNEMENT	44

# INTRODUCTION

---

En tant que salarié vous relevez de la Convention collective nationale Détaillants et détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie du 1<sup>er</sup> janvier 1984.

Les partenaires sociaux, soucieux d'offrir aux anciens salariés des entreprises de la branche un maintien de leur couverture frais de santé, ont décidé de leur proposer une couverture « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » prenant en compte les dispositions prévues par l'article 4 de la loi « EVIN » 89-1009 du 31 décembre 1989.

Cette garantie comprend :

- un régime de base,
- un régime surcomplémentaire, si vous voulez 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.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par Isica Prévoyance, pôle alimentaire du groupe AG2R LA MONDIALE.

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

Elle s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Les garanties complémentaires s'inscrivent dans le cadre d'un « contrat responsable ». Elles sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes.

# CHOC'Alliance

La complémentaire santé de ma profession



# LES SIGNA- TAIRES DE L'ACCORD



Confédération nationale des Détaillants  
et détaillants-fabricants de la confiserie,  
chocolaterie, biscuiterie



Fédération générale des travailleurs de  
l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des  
services annexes Force ouvrière (FGTA-FO)



Fédération CFTC des commerces, du service et  
de la force de vente (CFTC-CSFV)



Fédération nationale CFE CGC AGRO  
(CFE-CGC AGRO)



Fédération des services CFDT (CFDT Services)



Fédération nationale Agroalimentaire  
et forestière CGT (FNAF CGT)



# VOTRE RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE





# E BASE ET SUR- E FACULTATIFS



## **OBJECTIF**

Accorder une prestation complémentaire aux régimes de base de Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

## **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 de la garantie.

## **QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE**

**Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes et que votre demande soit formulée dans les 6 mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou la fin de la période de portabilité si vous en bénéficiez :**

- vous-même, assuré social, ancien salarié relevant du régime conventionnel des Détaillants et détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie qui au jour du départ bénéficie :
  - d'une rente d'incapacité, d'une rente d'invalidité ou d'une pension de retraite,
  - ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement,
- 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). Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un PACS avec l'ancien salarié, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié par un PACS et n'est pas ayant droit de l'ancien salarié au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun),



- vos enfants à charge, à savoir :
  - les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
  - les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
    - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
    - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
    - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable,
- toute personne à votre charge au sens des assurances sociales.

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

## NOTA

---

Les conjoint ou concubin, enfants et personne à charge, n'ayant pas été rattachés au contrat lors de votre affiliation, pourront être rattachés postérieurement. Ils se verront alors appliquer les délais d'attente définis ci-contre.

---

## QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- à la date d'effet précisée sur votre bulletin d'affiliation.

La garantie s'appliquera :

- **sans délai d'attente**

- pour tous les assurés quelle que soit leur date d'affiliation, en ce qui concerne les postes de garantie consultation et actes médicaux, pharmacie, analyses, radiologie et soins dentaires\*,
  - pour les anciens salariés affiliés dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou à la fin de la période de portabilité s'ils en bénéficient,
  - pour les ayants-droit de l'ancien salarié justifiant avoir bénéficié dans les deux mois précédant leur affiliation d'une garantie complémentaire comparable auprès d'un autre organisme et sur production d'un certificat de radiation,
  - pour les ayants-droit de l'ancien salarié justifiant dans les deux mois précédant leur demande d'affiliation d'un des changements de situation familiale suivants : mariage, signature d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin (signataire ou non d'un PACS) ou d'un enfant,
  - si les frais sont occasionnés par un accident (un accident est caractérisé par une lésion de l'organisme provoquée par un événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'assuré ; la preuve du caractère accidentel incombe à l'assuré).
- **après un délai d'attente de 6 mois** courant à compter de la date d'affiliation des ayants droit à la garantie, dans tous les autres cas.

\* LES FRAIS DE PROTHÈSES DENTAIRES NE SONT PAS ASSIMILÉS AUX SOINS DENTAIRES ET SUBISSENT DONC LE DÉLAI D'ATTENTE DE 6 MOIS.

## QUAND CESSE-T-ELLE ?

Pour tout ancien salarié et ses éventuels bénéficiaires :

- en cas de résiliation de la convention,
- en cas de résiliation de votre part.

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvellent à effet du 1<sup>er</sup> 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 CMU pour sa partie complémentaire.

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.

## PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

### En cas de cessation de la garantie

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

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit de l'ancien salarié décédé.

## COMMENT VOUS AFFILIER

Vous remplissez le **bulletin d'affiliation** :

- au régime de base,
- le cas échéant, pour la partie surcomplémentaire, si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime complémentaire,

remis par votre ancien employeur ou téléchargé sur **www.chocaliance.fr** et vous y joignez :

- la **photocopie de votre attestation de droits** Sécurité sociale et de **celles de vos bénéficiaires** assurés à titre personnel,
- un **relevé d'identité bancaire** pour le virement direct des prestations sur votre compte.

Par ailleurs, il peut vous être demandé d'adresser, s'il y a lieu :

- en cas de concubinage et si votre concubin n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun, ...),
- pour les partenaires liés par un PACS, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le Greffe du tribunal d'instance.

## ATTENTION

Tous les bénéficiaires affiliés à la présente garantie doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement de signaler à votre centre de gestion tout changement de situation familiale.

The image shows a form titled 'Bulletin d'affiliation santé' for the 'Convention collective nationale des Détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie'. It includes fields for personal information, beneficiary details, and a table for social security contributions. The table has columns for 'Cotisations à la charge de l'assuré', 'Cotisations à la charge de l'employeur', and 'Cotisations à la charge de l'Etat'. The form is partially filled out with blue ink.





## MODIFICATION DE SITUATION

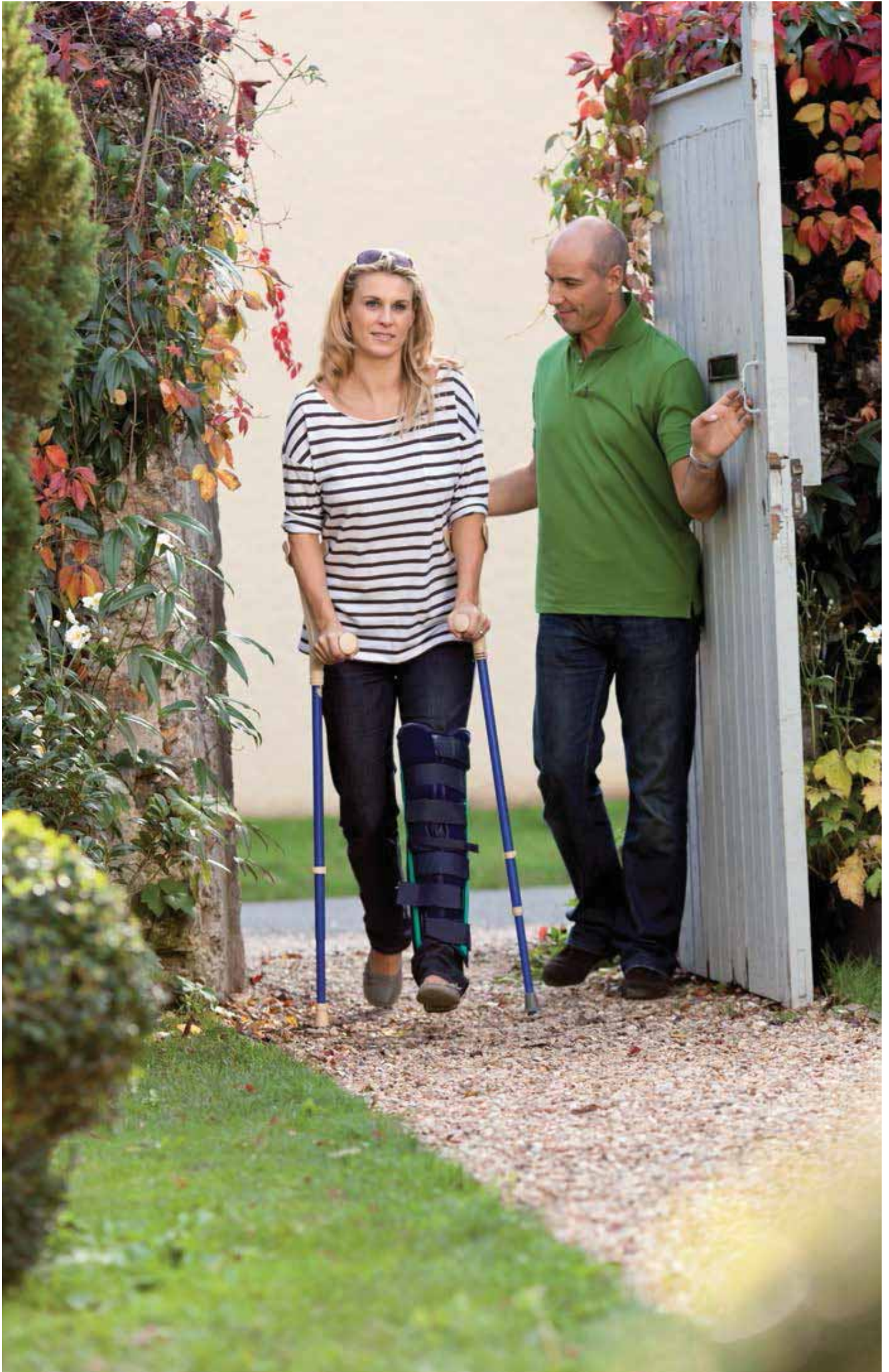
En cas de modification comme un changement d'adresse par exemple, informez votre centre de gestion par simple courrier. Un formulaire « fiche de correspondance » est disponible auprès du centre de gestion ou sur le site [www.chocalliance.fr](http://www.chocalliance.fr)

Selon les modifications, une nouvelle carte tiers payant Terciane pourra vous être émise pour que vous puissiez continuer de bénéficier des mêmes services.

## MIEUX COMPRENDRE VOS GARANTIES

Prenons l'exemple d'une consultation chez un médecin généraliste de secteur 2 dans le cadre du parcours de soin pour définir quelques termes techniques. Selon la législation et les tarifs en vigueur au 01/01/2013 et sans l'intervention de votre complémentaire santé.

Frais réels (FR) = 35 €		
Base de Remboursement (BR) = 23 €		Dépassement d'Honoraires (DH)
Remboursement Sécurité sociale (RSS) = $23 € \times 70\% = 16,10 €$ $- 1 € = 15,10 €$	Ticket modérateur (TM) = $23 € - 16,10 €$ $= 6,90 €$	Reste à charge = 19,90 € cette partie, selon vos garanties, est remboursable



## QUEL EST LE NIVEAU DE VOS GARANTIES ?

### RÉGIME DE BASE

Les garanties du régime sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'Assurance Maladie en vigueur au moment de sa conclusion.

<b>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ</b>	<b>NIVEAU DE COUVERTURE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE</b>
Frais de séjour, salle d'opération	200 % BR
Honoraires : Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	235 % BR
Chambre particulière	45 € par jour (limité à 20 jours/an) Néant en secteur non conventionné
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels (dans la limite de la législation en vigueur)
Frais d'accompagnement (enfant à charge moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)	25 € par jour (limité à 20 jours/an)
Transport (accepté SS)	100 % BR
<b>ACTES MÉDICAUX</b>	
Généralistes	150 % BR
Spécialistes	150 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM)	150 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) actes d'échographie (ADE)	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Analyses	100 % BR
<b>PHARMACIE (acceptée SS)</b>	
Pharmacie (acceptée SS)	100 % BR

BR : base de remboursement Sécurité sociale.







## NIVEAU DE COUVERTURE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

### DENTAIRE

---

Soins dentaires	100 % BR
Inlay, onlay	270 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	320 % BR
Inlay core et inlay core à clavettes	220 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	250 % BR
Orthodontie acceptée par la SS	300 % BR
Orthodontie refusée par la SS	200 % BR

### ACTES DENTAIRE HORS NOMENCLATURE

---

Parodontologie	Crédit de <b>200 €</b> par année civile
Implants dentaires	Crédit de <b>200 €</b> par année civile

### AUTRES PROTHÈSES (ACCEPTÉES SS)

---

Prothèse, auditives Orthopédie et autres prothèses	RSS + crédit de <b>400 €</b> par année civile et par bénéficiaire
---	--

BR : base de remboursement Sécurité sociale.

---

Les maladies parodontales sont des maladies qui touchent les gencives et l'os et qui peuvent provoquer un déchaussement des dents.

---



**NIVEAU DE COUVERTURE  
INCLUANT LE REMBOURSEMENT  
SÉCURITÉ SOCIALE**

**OPTIQUE**

Monture et verres	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire
Monture	RSS + <b>100 €</b>
Verres unifocaux simples <sup>(1)</sup>	RSS + <b>50 €</b> par verre
Verres unifocaux complexes <sup>(2)</sup>	RSS + <b>81 €</b> par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples <sup>(3)</sup>	RSS + <b>81 €</b> par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes <sup>(4)</sup>	RSS + <b>120 €</b> par verre
Lentilles acceptées par la SS	RSS + crédit de <b>220 €</b> par année civile et par bénéficiaire
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	crédit de <b>220 €</b> par année civile et par bénéficiaire

RSS = Remboursement de la Sécurité sociale.

Détail poste optique :

(1) : Verres unifocaux simples : LPP 22 61874 - 22 42457 - 22 00393 - 22 70413 - 22 03240 - 22 87916 - 22 59966 - 22 26412.

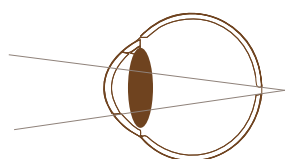
(2) : Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 - 22 97441- 22 43304 - 22 91088 - 22 73854 - 22 48320 - 22 83953 - 22 19381 - 22 38941 - 22 68385 - 22 45036 - 22 06800 - 22 82793 - 22 63459 - 22 80660 - 22 65330 - 22 35776 - 22 95896 - 22 84527 - 22 54868 - 22 12976 - 22 52668 - 22 88519 - 22 99523.

(3) : Verres multifocaux simples : LPP 22 59245 - 22 64045 - 22 40671 - 22 82221 - 22 90396 - 22 91183 - 22 27038 - 22 99180.

(4) : Verres multifocaux complexes : LPP 22 38792 - 22 02452 - 22 34239 - 22 59660 - 22 45384 - 22 95198 - 22 02239 - 22 52042.

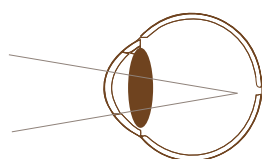
La chirurgie réfractive est la correction au laser des défauts de la vision (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)

**L'hypermétropie**



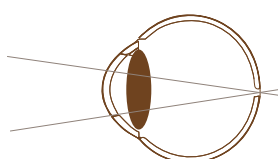
L'image se forme en arrière de la rétine.  
Vision floue de près.

**La myopie**



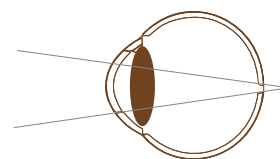
L'image se forme en avant de la rétine.  
Vision floue de loin.

**L'astigmatisme**



L'image se forme en 2 points de la rétine.  
Vision trouble de près comme de loin.

**La presbytie**



L'image se forme en arrière de la rétine en raison du vieillissement du cristallin.  
Vision floue de près.

## ACTES HORS NOMENCLATURE

---

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (intervention de praticiens inscrits auprès d'une association agréée)

### PRÉVENTION

(décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents)

---

- 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 risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué 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 tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge, de la coqueluche avant 14 ans, de l'hépatite B avant 14 ans, du BCG avant 6 ans, de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, de l'*Haemophilus influenzae* B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

BR = Base de remboursement Sécurité sociale.



## **NIVEAU DE COUVERTURE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE**

---

Prise en charge de **50 €**  
par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par année civile

**100 % BR**

## RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

### OPTION 1

#### HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

#### COMPLÉMENTAIRE AU RÉGIME DE BASE

Frais de séjour, salle d'opération	+ 50 % BR
------------------------------------	-----------

Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	+ 85 % BR
--	-----------

Chambre particulière	Néant
----------------------	-------

#### ACTES MÉDICAUX

Généralistes	+ 35 % BR
--------------	-----------

Spécialistes	+ 35 % BR
--------------	-----------

Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM)	+ 35 % BR
---	-----------

#### DENTAIRE

Prothèses dentaires remboursées par la SS	+ 50 % BR
---	-----------

Inlay core et inlay à clavettes	+ 50 % BR
---------------------------------	-----------

Prothèses dentaires non remboursées par la SS	+ 50 % BR
--	-----------

Orthodontie acceptée par la SS	+ 50 % BR
--------------------------------	-----------

Orthodontie refusée par la SS	+ 50 % BR
-------------------------------	-----------

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

## OPTION 2

### COMPLÉMENTAIRE AU RÉGIME DE BASE

---

+ 50 % BR

+ 85 % BR

+ 5 € par jour limité à 20 jours par an

---

+ 85 % BR

+ 85 % BR

+ 85 % BR

---

+ 150 % BR

+ 150 % BR

+ 150 % BR

+ 150 % BR

+ 150 % BR



## OPTION 1

### OPTIQUE

### COMPLÉMENTAIRE AU RÉGIME DE BASE

Monture et verres

**Limité à un équipement par an  
et par bénéficiaire**

Monture

Forfait de **40 €**

Verres unifocaux simples<sup>(1)</sup>

Forfait de **20 €** par verre

Verres unifocaux complexes<sup>(2)</sup>

Forfait de **31 €** par verre

Verres multifocaux ou progressifs simples<sup>(3)</sup>

Forfait de **31 €** par verre

Verres multifocaux ou progressifs complexes<sup>(4)</sup>

Forfait de **50 €** par verre

Lentilles acceptées par la SS

Crédit annuel augmenté  
de **100 €** par bénéficiaire

Lentilles refusées par la SS  
(y compris lentilles jetables)

Crédit annuel augmenté  
de **100 €** par bénéficiaire

### ACTES HORS NOMENCLATURE

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie  
(intervention de praticiens inscrits auprès  
d'une association agréée)

+ prise en charge de **25 €**  
par consultation avec un maximum  
de 3 prises en charge par an

Détail poste optique :

(1) : Verres unifocaux simples : LPP 2261874 - 2242457 - 2200393 - 2270413 - 2203240 - 2287916 - 2259966 - 2226412.

(2) : Verres unifocaux complexes : LPP 2243540 - 2297441 - 2243304 - 2291088 - 2273854 - 2248320 - 2283953 - 2219381 - 2238941 - 2268385 - 2245036 - 2206800 - 2282793 - 2263459 - 2280660 - 2265330 - 2235776 - 2295896 - 2284527 - 2254868 - 2212976 - 2252668 - 2288519 - 2299523.

(3) : Verres multifocaux simples : LPP 2259245 - 2264045 - 2240671 - 2282221 - 2290396 - 2291183 - 2227038 - 2299180.

(4) : Verres multifocaux complexes : LPP 2238792 - 2202452 - 2234239 - 2259660 - 2245384 - 2295198 - 2202239 - 2252042.



## OPTION 2

### COMPLÉMENTAIRE AU RÉGIME DE BASE

---

Limité à un équipement par an  
et par bénéficiaire

Forfait de **60 €**

Forfait de **30 €** par verre

Forfait de **45 €** par verre

Forfait de **45 €** par verre

Forfait de **75 €** par verre

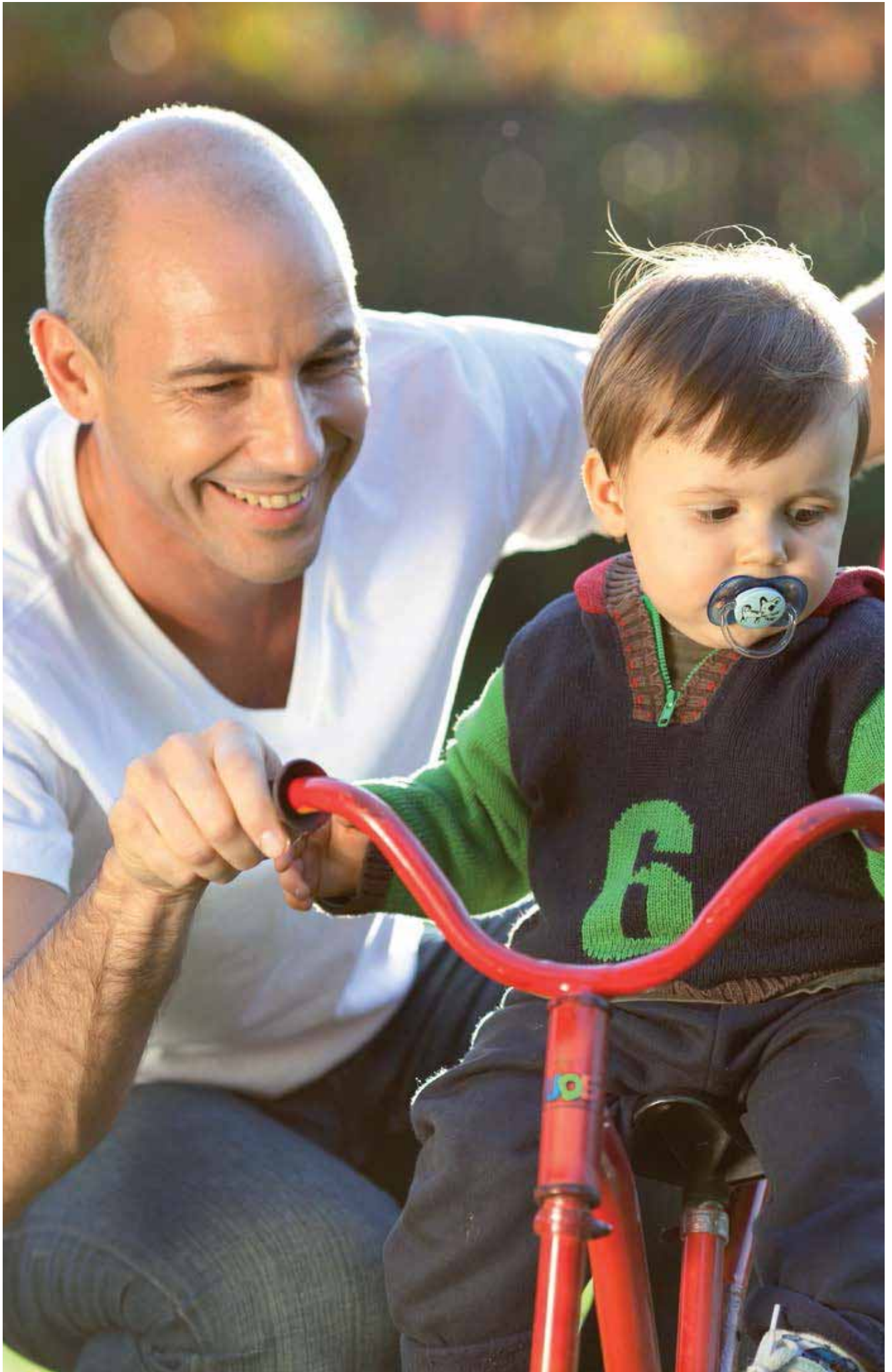
Crédit annuel augmenté  
de **130 €** par bénéficiaire

Crédit annuel augmenté  
de **130 €** par bénéficiaire

---

+ prise en charge de **25 €**  
par consultation avec un maximum  
de 5 prises en charge par an





# DÉFINITIONS

**FR** (Frais Réels) : dépenses réellement engagées par l'assuré. Elles doivent figurer sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale et les factures d'hospitalisation.

**BR** (Base de Remboursement) : la base de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

**Taux de remboursement** : c'est un pourcentage variable selon les actes pratiqués du Tarif de Convention ou de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Il est modulé en fonction du respect ou non du parcours de soins.

**TM** (Ticket Modérateur) : différence laissée à la charge de l'assuré, entre le Tarif de Convention ou de la base de remboursement de la Sécurité sociale et le Remboursement de la Sécurité sociale.

Cette partie, selon vos garanties, est remboursée par la complémentaire santé.

**DH** (Dépassement d'Honoraires) : différence entre les frais réels engagés et le tarif de convention ou la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Ces DH ne sont jamais remboursés par la Sécurité sociale.

## **COTISATIONS**

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme échu, par prélèvement bancaire.

Lorsque la cotisation n'est pas payée dans les 10 jours suivant l'échéance, une lettre de mise en demeure est envoyée. En l'absence de paiement de la cotisation 40 jours après cette notification, l'adhérent et ses bénéficiaires pourront être exclus du contrat. Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties. L'exclusion ne peut faire obstacle, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement. Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'assuré.

## **CHOIX DES RÉGIMES**

Vous avez la possibilité de souscrire au :

- régime complémentaire

ou

- régime complémentaire + un régime surcomplémentaire option 1 ou option 2.

Les 2 options du régime surcomplémentaire améliorent le niveau de garanties prévues par le régime complémentaire.

## **COMMENT CHANGER DE FORMULE DE GARANTIE**

Le changement de formule de garantie concerne l'ensemble des personnes assurées et entraîne l'application des délais d'attente prévus en page 10.

### **POUR UNE AMÉLIORATION DU NIVEAU DE GARANTIE**

Le changement de formule de garantie, entraînant une amélioration du niveau de garantie, est possible au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet, sous réserve que l'adhérent en fasse la demande au moins 3 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception.

### **POUR UNE BAISSÉ DE NIVEAU DE GARANTIE**

Le changement de formule de garantie, entraînant une baisse du niveau de garantie, est possible au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que l'adhérent en fasse la demande au moins 6 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'adhésion individuelle au contrat.



## **PLAFOND DES REMBOURSEMENTS**

La participation d'Isica Prévoyance 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.

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.

## **INDEXATION**

Les cotisations sont indexées au 1<sup>er</sup> janvier par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses nationales d'assurance maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global du régime frais de santé des anciens salariés des entreprises relevant de la Convention collective nationale des Détaillants et détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie.

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'adhérent.

Lorsque l'assuré s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, son adhésion est automatiquement résiliée au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'adhérent sur l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours, son adhésion est reconduite sur la base des cotisations indexées.

## **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'ADHÉRENT**

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

- 1/ la dénomination de l'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;
- 2/ le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'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'adhérent doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
- 6/ la loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'adhérent, 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.

sible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

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

## **DROIT À RENONCIATION**

Dans le cadre des obligations liées à la commercialisation à distance, il est ouvert à l'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'adhérent 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'adhérent 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'adhérent 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'adhérent communique à l'organisme assureur sa volonté de se rétracter ;
- le remboursement par l'organisme assureur à l'adhérent de toutes les cotisations qu'il a perçues 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'adhérent de sa volonté de se rétracter.

Passé ce délai, la somme due est de plein droit productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

## **ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ADHÉRENT**

“ 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'adhérent 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'adhérent.

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'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent 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. Isica Prévoyance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à Isica Prévoyance si l'adhérent 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 centre de gestion :

**Isica Prévoyance**  
**Centre de Gestion Montholon**  
**Choc'Alliance**  
**26 rue de Montholon**  
**75009 PARIS**



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 Choc'Alliance 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 ”

# FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

FRAIS REELS	BASE DE REMBOURSEMENT		REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE + RÉGIMES COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE <sup>(1)</sup>
<b>Consultation chez un généraliste dans le cadre du parcours de soins</b>				
35,00 €	23,00 €		BASE	34,00 €
			option 1	1,00 €
			option 2	1,00 €
<b>Consultation chez un spécialiste secteur 2 dans le cadre du parcours de soins</b>				
60,00 €	23,00 €		BASE	25,50 €
			option 1	17,45 €
			option 2	5,95 €
<b>Dentaire - Couronne SPR50</b>				
600,00 €	107,50 €		BASE	256,00 €
			option 1	202,25 €
			option 2	94,75 €
<b>Optique - Monture</b>				
160,00 €	2,84 €		BASE	58,30 €
			option 1	18,30 €
			option 2	0,00 €
<b>Optique - Verres : 2 verres blancs simple foyer, identiques</b>				
200,00 €	4,12 * 2 = 8,24 €		BASE	95,06 €
			option 1	55,06 €
			option 2	36,06 €

(1) INTÉGRANT LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 EURO



## PRESTATIONS

### Comment s'effectuent vos remboursements ?

#### La télétransmission "NOEMIE"

Isica Prévoyance a conclu un accord d'échanges de données informatiques (télétransmission "NOEMIE") avec les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Ces dernières transmettent directement à Isica Prévoyance l'ensemble des informations concernant vos remboursements. La télétransmission « NOEMIE » permet le versement des prestations sous 5 jours à compter de la transmission des éléments de votre dossier par la Sécurité sociale et sous réserve du contrôle éventuel des pièces justificatives.

Si vous ne bénéficiez pas de ce service, vous devrez transmettre les décomptes originaux du régime de base au centre de gestion Isica Prévoyance (accompagnés le cas échéant, du décompte original de remboursement émis par votre première mutuelle) pour que nous intervenions éventuellement en complément.

A la réception de chaque décompte de Sécurité sociale, vérifiez que le message suivant figure pour chaque ligne de paiement :  
« copie de ce décompte transmise à votre organisme complémentaire »

**Si ce message n'est pas indiqué sur les décomptes de Sécurité sociale, l'original du décompte doit être adressé au centre de gestion pour le remboursement de la part complémentaire.**

#### Paiement des prestations

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

## ATTENTION

---

La télétransmission "NOEMIE" ne fonctionne que vers une seule complémentaire. Si vous souhaitez qu'Isica Prévoyance vous fasse bénéficier de ce service, demandez le cas échéant à votre précédente mutuelle la déconnexion. Reportez-vous à votre bulletin d'affiliation.

---

---

Pensez à  
consulter vos  
décomptes en  
ligne.

---

Isica Prévoyance adresse le décompte détaillé des prestations complémentaires versées :

- soit sur votre adresse mail si vous avez demandé l'envoi des décomptes en ligne sur [www.terciane.fr](http://www.terciane.fr) « assurés » rubrique « votre compte en ligne ».
- soit à votre domicile, mensuellement,

### **Demande de justificatifs**

Si vous bénéficiez de la télétransmission, les informations qui nous sont nécessaires pour calculer votre remboursement nous sont transmises par votre Caisse primaire assurance maladie (CPAM). Cependant, à tout moment, Isica Prévoyance peut vous réclamer notamment, la production des justificatifs suivants, pensez donc à les conserver :

- Les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale
- Les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant le devis
- La facture détaillée établie par le médecin en cas de consultation en secteur non conventionné
- Toutes pièces justificatives, en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par Isica Prévoyance auprès de l'éventuel tiers responsable (copie du 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 l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du 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 classification commune des actes médicaux et la base de remboursement Sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de votre prestation, est tenu à votre disposition sur simple demande (par téléphone au centre de gestion indiqué sur votre carte Terciane).



## LE TIERS PAYANT

### Principe

Certaines dépenses de santé sont particulièrement élevées, notamment en cas d'hospitalisation. Il a donc été instauré un système qui évite à l'assuré d'avancer ces sommes.

Il reçoit pour cela une carte Terciane qui sera demandée par les professionnels de santé pratiquant le tiers payant.

### Que faire pour en bénéficier ?

La carte Terciane vous est remise après l'enregistrement de votre affiliation à Isica Prévoyance.

Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter la carte tiers payant Terciane, l'attestation de droits Sécurité sociale ou la carte vitale et la prescription médicale s'il y a lieu.

### Chez le pharmacien

Le tiers payant est possible avec les pharmacies de l'ensemble des départements français.

### Chez les autres professionnels de santé

Des accords départementaux ou individuels ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes.

### À l'hôpital ou à la clinique

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, Isica Prévoyance vous délivrera un « accord de prise en charge Terciane » garantissant le paiement des frais engagés y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier dans la limite des garanties souscrites.

Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

L'établissement hospitalier ou vous-même devrez nous fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue pour les interventions programmées :

- N° Sécurité sociale de l'assuré.
- Date exacte d'entrée.
- Adresse ou fax de l'établissement.





La demande de prise en charge d'hospitalisation peut aussi être effectuée en :

- se connectant sur [www.terciane.fr](http://www.terciane.fr)
- en faxant la demande au n° figurant sur votre carte Terciane.

### **Chez l'opticien**

#### **Estimation des remboursements et tiers payant**

Des accords de tiers payant ont été signés avec près de 3 500 opticiens, pour connaître le plus proche de chez vous, consultez : [www.terciane.fr](http://www.terciane.fr)

Avant l'achat d'un équipement optique, votre opticien envoie un devis détaillé au centre de gestion.

Il recevra en retour un document lui indiquant précisément le montant du remboursement d'Isica Prévoyance et du reste à charge éventuel.

Isica Prévoyance règle l'opticien de la part complémentaire. L'assuré avance la part Sécurité sociale et règle la part restant éventuellement à sa charge.

### **Chez le chirurgien dentiste**

#### **Estimation des remboursements**

Les dépenses pouvant être importantes et afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est conseillé de demander un devis détaillé à votre chirurgien dentiste.

Vous devez l'adresser au centre de gestion Isica Prévoyance.

En retour, vous recevrez un courrier mentionnant le montant du remboursement.

### **NOTA BENE**

---

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte Terciane.

---

# GÉNÉRALITÉS

## LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Pendant la période de garantie, les exclusions et limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

### Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
  - 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 deux ans suivant la date des soins pratiqués,
  - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues à l'avenant 15,
  - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale,
  - 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,
- au titre de la législation sur les pensions militaires,
- au titre 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,
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à



ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des 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 cette classification.

Pour les frais conséquents à des 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 dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la Santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les 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'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les 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 de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de Sécurité sociale.

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



## **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 pratiqués.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Isica Prévoyance 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 Isica Prévoyance 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 - 35 boulevard Brune - 75014 Paris

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola- Mons en Baroeul - 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 d'Isica Prévoyance, auprès du Groupe 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 (ACP) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).



# POUR TOUT RENSEIGNEMENT

0810 664 664

(appel non surtaxé)

[www.chocalliance.fr](http://www.chocalliance.fr)

Pour plus de renseignements vous pouvez écrire à :  
ISICA Prévoyance, Choc'Alliance  
26 rue Montholon - 75009 Paris











# L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES PARTICULIERS

Partout en France un acteur de référence  
de l'assurance de protection sociale  
et patrimoniale

## PARTICULIERS

## SANTÉ

Complémentaire santé

## PRÉVOYANCE

Garanties prévoyance individuelle  
Garanties obsèques  
Assurances perte d'autonomie  
Aide aux aidants  
Garantie des accidents de la vie

## ÉPARGNE

Constitution d'un capital  
Transmission d'un patrimoine

## RETRAITE

Revenus à vie

## ASSURANCE DE BIENS

Assurance auto  
Assurance habitation  
Protection juridique

## AUTRES PRODUITS

Santé animaux  
Crédit  
Tourisme  
Pleine Vie

## AG2R LA MONDIALE

104-110 boulevard Haussmann  
75379 Paris Cedex 08  
[www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr)

ISICA PRÉVOYANCE, PÔLE ALIMENTAIRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE - INSTITUTION  
DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE - MEMBRE DU GIE AG2R -  
26, RUE DE MONTHOLON 75009 PARIS - SIREN 397 506 171