



AG2R LA MONDIALE

**CHOC'Alliance**

La complémentaire santé de ma profession

## SANTÉ

—

Régime conventionnel obligatoire et régime surcomplémentaire facultatif

# NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale des Détaillants, Détaillants-Fabricants de la Confiserie, Chocolaterie, Biscuiterie  
[brochure n° 3224]

Salariés  
Garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2014

# SOMMAIRE

<b>UN RÉGIME PERFORMANT ET SOLIDAIRE</b>	<b>4</b>
<b>PRÉSENTATION</b>	<b>5</b>
<b>LES SIGNATAIRES DE L'ACCORD</b>	<b>6</b>
<b>VOTRE RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE</b>	<b>7</b>
Objectif	7
Personnel visé	7
Comment bénéficier de ce régime ?	7
Modification de situation	8
Quels sont les actes et frais garantis ?	9
Résumé des garanties	11
Fonctionnement de votre régime	22
<b>VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF</b>	<b>28</b>
Comment souscrire ?	30
Effet et durée de l'affiliation	30
Prise d'effet des garanties	30
Comment changer d'option ?	31
Cessation des garanties	31
Cotisations	32
Indexation	32
Adhésion à distance	33
Adhésion suite au démarchage de l'adhérent	34
<b>FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES</b>	<b>37</b>
Comment s'effectuent vos remboursements ?	37
Le tiers payant	39
Accords de prise en charge	40
Quelques informations utiles	41
<b>GÉNÉRALITÉS</b>	<b>45</b>
Limites des garanties et exclusions	45

Plafond des remboursements	47
Recours contre les tiers responsables	47
Prescription des actions	47
Réclamations - médiation	48
Informatique et libertés	48
Autorité de contrôle	49

---

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT 50**

---

Sites internet	50
----------------	----

---

**LES SERVICES SANTÉ 51**

---

Téléchargez gratuitement le logiciel « Service santé » !	51
Votre application mobile : ma santé	52

---

**LES FONDS 53**

---

Fonds de prévention santé	53
Fonds social santé	53

---

**L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES 56**

---

# UN RÉGIME PERFORMANT ET SOLIDAIRE

- 
- Des **prestations** très performantes à un tarif négocié au plus juste ;
  - le **maintien des garanties** aux ayants droit de salarié décédé, gratuitement pendant 12 mois ;
  - le **maintien des garanties** gratuitement après 6 mois d'arrêt de travail ;
  - un **dispositif de portabilité des droits** mutualisé pouvant aller jusqu'à 12 mois ;
  - un **fonds de secours** pour les situations médicales difficiles ;
  - des **campagnes de prévention** ;
  - des **garanties identiques** pour les anciens salariés avec une cotisation solidaire ;
  - **pas d'avance d'argent** pour certaines dépenses grâce au tiers-payant ;
  - des **services en ligne** (devis optique et dentaire) ; des **options surcomplémentaires** et la possibilité de couvrir sa famille ;
  - un **régime spécifique** pour les TNS.
-

# PRÉSENTATION

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Détaillants et Détaillants-Fabricants de la Confiserie, Chocolaterie et Biscuiterie (brochure n° 3224) dont relève votre entreprise ont accordé leur confiance à Isica Prévoyance, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, comme assureur et gestionnaire de votre régime frais de santé.

Cette garantie comprend :

- un régime **conventionnel obligatoire**,
- un régime **surcomplémentaire facultatif option 1 ou 2** qui vous permet d'améliorer le remboursement des frais garantis par le régime conventionnel.

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

Cette notice s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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.

# LES SIGNATAIRES DE L'ACCORD



La Confédération Nationale des Détaillants, Détaillants-Fabricants de la Confiserie, Chocolaterie, Biscuiterie



La Fédération CFTC des Commerces, des services et de la force de vente



La Fédération nationale Agroalimentaire et forestière CGT



La Fédération générale Agroalimentaire CFDT



La Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes Force ouvrière



La Fédération nationale Agro-alimentaire CFE-CGC

# VOTRE RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

## OBJECTIF

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

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

## PERSONNEL VISÉ

Isica Prévoyance se réserve le droit, à tout moment, de vous demander de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire définie ci-dessus.

**Vous-même**, dès lors que vous avez atteint une **ancienneté de 6 mois dans une entreprise de la branche** et que vous êtes lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la forme, à une entreprise ou un établissement relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Détaillants et Détaillants-Fabricants de la Confiserie, Chocolaterie et Biscuiterie (brochure n° 3224).

## COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME ?

Vous devez remplir le **bulletin d'affiliation au régime conventionnel obligatoire frais de santé** et le remettre à votre employeur dûment complété et accompagné des pièces nécessaires (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire, ...).

Ce bulletin est disponible sur [www.chocalliance.fr](http://www.chocalliance.fr).

## MODIFICATION DE SITUATION

En cas de modification comme un changement d'adresse ou un changement de coordonnées bancaires par exemple, informez-en votre centre de gestion en utilisant la fiche de correspondance disponible sur demande ou sur le site :

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

The image shows a screenshot of the Choc'Alliance website. The top left section features the text "MUTUELLE SANTE" and "JE SUIS SALARIÉ MON RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE" with a button "EN SAVOIR PLUS". Below this is the "CHOC'ALLIANCE" logo and a welcome message: "BIENVENUE SUR LE SITE DÉDIÉ À VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ 'CHOC'ALLIANCE'". The main content area includes three paragraphs: one about the 1984 Convention Collective Nationale, one about the 2009 Choc'Alliance health benefit regime, and one about social guarantees. The bottom section is titled "LES PARTENAIRES SOCIAUX" and lists logos for CFCO, CFC-CFV, CMA, CMAA, CMAA, CMAA, CMAA, CMAA, and CMAA. On the right side, there are sections for "MA SITUATION CHANGE" (with a "Lire la suite" link), "NOUS CONTACTER" (with options for "Par Email" and "Par Téléphone 0 800 964 964"), "MES GARANTIES" (with a link to "MON RÉGIME FRAIS DE SANTÉ"), and a video player for "Le calcul de votre part de cotisations" with a "Lire la suite" link below it. At the bottom right, it says "Les procédures dématérialisées via [www.nat-entreprises.fr](http://www.nat-entreprises.fr)".



## **QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?**

Les garanties sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'Assurance Maladie en vigueur au moment de la conclusion de l'accord. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont couverts, tous les actes et frais courants 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 de la législation « maladie », « accidents du travail/maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé des garanties.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à votre charge, après intervention du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

La garantie « maternité » prévue au présent régime n'intervient que pendant la période au cours de laquelle vous recevez des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

Isica Prévoyance vous verse en cas de naissance d'un enfant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement. Le forfait maternité est également versé 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 de plusieurs enfants. 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 ou de la date d'adoption.



## RÉSUMÉ DES GARANTIES

### PRESTATIONS ISICA PRÉVOYANCE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

#### Actes médicaux

Généralistes	150 % de la BR
--------------	----------------

Spécialistes	170 % de la BR
--------------	----------------

Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	150 % de la BR
---	----------------

Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR
--	----------------

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

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

#### Pharmacie acceptée par la Sécurité sociale

Pharmacie	100 % de la BR
-----------	----------------

En secteur non conventionné, les tarifs sont reconstitués sur la base de remboursement ou prix unitaire selon la nomenclature Sécurité sociale des actes.

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.



## PRESTATIONS ISICA PRÉVOYANCE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

### Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour, salle d'opération	200 % de la BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	235 % de la BR
Chambre particulière	60 € par jour limité à 20 jours par année civile (Néant en secteur non conventionné)
Forfait hospitalier engagé	100 % des FR dans la limite de la législation en vigueur
Frais d'accompagnement (enfant à charge < 16 ans sur présentation de justificatif)	25 € par jour limité à 20 jours par année civile
Transport (accepté Sécurité sociale)	100 % de la BR

### Maternité

Forfait par enfant déclaré	Forfait de 100 €
----------------------------	------------------

En secteur non conventionné, les tarifs sont reconstitués sur la base de remboursement ou prix unitaire selon la nomenclature Sécurité sociale des actes.

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.

FR = frais réels.



## PRESTATIONS ISICA PRÉVOYANCE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

### Dentaire

Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay, onlay	360 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	360 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	220 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	250 % de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	300 % de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	200 % de la BR

### Actes dentaires hors nomenclature

Parodontologie *	Crédit annuel de 200 € par année civile
Implants dentaires	Crédit annuel de 200 € par année civile

L'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.  
En secteur non conventionné, les tarifs sont reconstitués sur la base de remboursement ou prix unitaire selon la nomenclature Sécurité sociale des actes.

**BR** = base de remboursement de la Sécurité sociale.

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





## PRESTATIONS ISICA PRÉVOYANCE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

Optique *	Limité à un équipement par an
Monture	RSS + forfait de 100 €
Verres unifocaux simples	RSS + forfait de 70 € par verre
Verres unifocaux complexes	RSS + forfait de 85 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples	RSS + forfait de 110 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes	RSS + forfait de 140 € par verre
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + crédit annuel de 220 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 220 € par année civile
Chirurgie réfractive (les 2 yeux)	Crédit de 150 € par année civile

L'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.

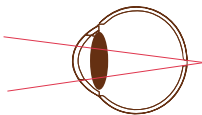
RSS = remboursement Sécurité sociale.

\* Détail poste optique :

- Verres unifocaux simples : LPP 22 03240 - 22 87916 - 22 59966 - 22 26412.
- Verres unifocaux complexes : LPP 22 80660 - 22 82793 - 22 63459- 22 65330 - 22 35776 - 22 95896 - 22 84527 - 22 54868 - 2212976 - 2252668 - 2288519 - 2299523.
- Verres multifocaux simples : LPP 22 90396 - 22 91183 - 22 27038 - 22 99180.
- Verres multifocaux complexes : LPP 22 45384 - 22 95198 - 22 02239 - 22 52042.

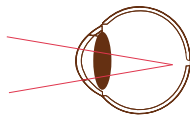
### La chirurgie réfractive est la correction au laser des défauts de la vision (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)

#### L'hypermétropie



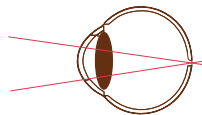
L'image se forme en arrière de la rétine.  
Vision floue de près.

#### La myopie



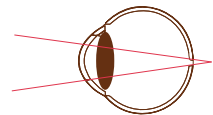
L'image se forme en avant de la rétine.  
Vision floue de loin.

#### 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.



## PRESTATIONS ISICA PRÉVOYANCE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

### Prothèses non dentaires acceptées par la Sécurité sociale

Prothèses auditives

Orthopédie et autres prothèses

RSS + crédit global de 600 € par année civile

### Actes hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie et ostéopathie (intervention par des praticiens inscrits auprès d'une association agréée)

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

L'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.

RSS = remboursement Sécurité sociale.



## PRESTATIONS ISICA PRÉVOYANCE INCLUANT LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

### Actes de prévention (en application du 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 premières 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 14<sup>e</sup> 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 (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans

Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)

Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiometrie tonale et vocale (CDQP012), audiometrie tonale et vocale tympanometrie (CDQP002)

100 % de la BR

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 + 50 ans, une fois tous les 6 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 - 18 mois

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.

## FONCTIONNEMENT DE VOTRE RÉGIME

### Début de vos garanties

Lorsque vous aurez atteint l'ancienneté requise de 6 mois, vous pourrez bénéficier du régime.

### Cotisations

La cotisation du régime conventionnel de frais de soins de santé est mensuelle et forfaitaire.

Elle est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, et est appelée conformément ci-après :

- Salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale
  - **1,17 %** PMSS \* ;
- Salariés relevant du régime local Alsace-Moselle de Sécurité sociale
  - **0,68 %** PMSS \*.

\* PMSS 2014 :  
3 129 €

La répartition de la cotisation est de 50 % minimum pour l'employeur.

La cotisation est réexaminée une fois par an par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et réglementations fiscales, sociales, et de l'Assurance maladie.

### Paiement des cotisations

Pour le régime conventionnel obligatoire, le prélèvement de la cotisation sera effectué directement par votre employeur sur votre bulletin de salaire mensuellement.

### Suspension des garanties

Le régime et les cotisations seront maintenus dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont vous relevez :

- en cas d'arrêt de travail pour maladie, congé maternité, adoption ou paternité,
- en cas d'arrêt de travail pour accident de travail, accident de trajet ou maladie professionnelle,
- 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.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires

financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à votre demande sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation.

### **En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits**

La garantie peut être maintenue aux anciens salariés lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail et lorsque la rupture ou la fin 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 est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité, ce principe de mutualisation dispense donc les anciens salariés du paiement des cotisations.

Ce maintien de garantie prend effet dès le lendemain de la date de rupture ou de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur. Il s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise ou des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Il cesse :

- lorsque le 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, ou
- en cas de décès du salarié.

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.

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.

En cas de changement d'organisme assureur, les anciens salariés relevant des présentes dispositions seront affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Pour bénéficier du maintien des garanties, il conviendra de remplir avec votre ancien employeur la fiche de correspondance disponible sur simple demande ou sur le site internet dédié :

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

### Cessation des garanties

La garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui vous lie à l'entreprise adhérente ou en cas de maintien des droits au titre de la portabilité, le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'être garanti. À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

### Un régime solidaire

#### LOI ÉVIN / ANCIEN SALARIÉ

Dans le respect de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n°90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur désigné maintient la couverture frais de santé en contrepartie du paiement d'une cotisation définie par l'assureur, sans condition de période probatoire ni d'exams ou questionnaires médicaux :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès d'Isica Prévoyance.

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

Pour bénéficier de ces dispositions en relais au droit à portabilité, la demande doit être faite **dans un délai de 6 mois** suivant l'expiration de la période de portabilité.

La cotisation retenue est égale à 150 % de la cotisation des actifs du régime frais de santé conventionnel obligatoire appelée à 125 %.

#### MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES AYANTS DROIT D'UN ASSURÉ DÉCÉDÉ

En cas de décès du salarié, y compris en période de portabilité des droits, ses ayants droit bénéficieront des garanties conventionnelles (hors options facultatives), sans paiement des cotisations, pendant



12 mois à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le décès.

Ont la qualité d'ayant droit au titre de cette gratuité, le conjoint ou le concubin du bénéficiaire décédé lié ou non par un Pacte civil de solidarité (PACS) et les enfants à charge répondant à la définition suivante :

- les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
  - les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale à savoir :
  - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
  - les enfants du salarié auxquels celui-ci servait une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son 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 (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
  - 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 le salarié était autorisé à déduire de son revenu imposable.

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

### **Situation de concubinage/Justificatifs à fournir**

#### **Pour les concubins liés par un pacte civil de solidarité (PACS)**

- Attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal de grande instance.

#### **Pour les concubins non liés par un pacte civil de solidarité**

- 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).

## **MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES SALARIÉS RELEVANT DE LA LÉGISLATION « ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE »**

Les salariés relevant de la législation « Accidents du travail/Maladies professionnelles » du régime de base de la Sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation du régime conventionnel frais de soins de santé pendant 12 mois, après 6 mois d'arrêt de travail.

Cette gratuité interviendra le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou toute cessation du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail (sans préjudice de l'application des dispositions du paragraphe «En cas de rupture ou fin de contrat de travail: la portabilité des droits».

Cependant, tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initiale, 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 «accident du travail/maladie professionnelle».

Tout salarié qui reprend le travail après avoir bénéficié partiellement de la gratuité, 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 des mois gratuits restant à courir.

Exemple: Si le salarié a bénéficié de 4 mois de gratuité et que son nouvel arrêt est qualifié de rechute de son accident du travail initial, il pourra bénéficier, sans attendre 6 mois, de la gratuité dans la limite de 8 mois.



# VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

## **Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité**

Frais de séjour, salle d'opération

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

Chambre particulière

## **Actes médicaux**

Généralistes

Spécialistes

Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)

## **Dentaire**

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale

Inlay core et inlay à clavettes

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale

Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale

Orthodontie refusée par la Sécurité sociale

## **Optique \***

Monture

Verres unifocaux simples

Verres unifocaux complexes

Verres multifocaux ou progressifs simples

Verres multifocaux ou progressifs complexes

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale

Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)

## **Actes hors nomenclature**

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

L'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.  
BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.

\* Détail poste optique : • Verres unifocaux simples : LPP 22 03240 - 22 87916 - 22 59966 - 22 26412.

• Verres unifocaux complexes : LPP 22 80660 - 22 82793 - 22 63459 - 22 65330 - 22 35776 - 22 95896 - 22 84527 - 22 54868 - 2212976 - 2252668 - 2288519 - 2299523.

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

Nous vous offrons la possibilité d'améliorer vos remboursements à travers le choix de l'une des 2 options facultatives venant s'ajouter à votre régime conventionnel obligatoire.

### OPTION 1

### OPTION 2

#### PRESTATIONS ISICA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE AU RÉGIME CONVENTIONNEL

+ 50 % de la BR

+ 50 % de la BR

+ 85 % de la BR

+ 85 % de la BR

Néant

+ 5 € par jour limité à 20 jours par an

+ 35 % de la BR

+ 85 % de la BR

+ 35 % de la BR

+ 85 % de la BR

+ 35 % de la BR

+ 85 % de la BR

+ 50 % de la BR

+ 150 % de la BR

+ 50 % de la BR

+ 150 % de la BR

+ 50 % de la BR

+ 150 % de la BR

+ 50 % de la BR

+ 150 % de la BR

+ 50 % de la BR

+ 150 % de la BR

#### Limité à un équipement par an

+ 40 €

+ 60 €

+ 20 € par verre

+ 30 € par verre

+ 31 € par verre

+ 45 € par verre

+ 31 € par verre

+ 45 € par verre

+ 50 € par verre

+ 75 € par verre

Crédit annuel de + 100 €

Crédit annuel de + 130 €

Crédit annuel de + 100 €

Crédit annuel de + 130 €

+ 25 € par consultation  
(dans la limite de 3 consultations par an)

+ 25 € par consultation  
(dans la limite de 5 consultations par an)

- Verres multifocaux simples : LPP 22 90396 - 22 91183 - 22 27038 - 22 99180.
- Verres multifocaux complexes : LPP 22 45384 - 22 95198 - 22 02239 - 22 52042.

## COMMENT SOUSCRIRE ?

Sélectionnez sur le verso de votre bulletin d'affiliation dans la partie régime surcomplémentaire, et cochez la case selon l'option choisie.

## EFFET ET DURÉE DE L’AFFILIATION

Votre affiliation est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelant à effet du 1<sup>er</sup> janvier par tacite reconduction, sauf résiliation exprimée par vos soins 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).

## PRISE D’EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation.

- **Sans délai d'attente :**
  - pour tous les **assurés quelle que soit leur date d'affiliation**, en ce qui concerne les postes consultation et actes médicaux, pharmacie, analyses, radiologies et soins dentaires, et pour l'ensemble des frais occasionnés par un accident,
  - pour les **salariés** présents à l'effectif de leur employeur lors de la prise d'effet du régime conventionnel et sous réserve que l'affiliation intervienne dans les 2 mois suivant cette date,
  - pour les **nouveaux embauchés** sous réserve que l'affiliation intervienne dans les 2 mois suivant cette date,
  - pour tous les **assurés justifiant dans les 2 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 à charge,
  - pour tous les **assurés justifiant avoir bénéficié dans les 2 mois précédant leur affiliation**, d'une garantie complémentaire comparable auprès d'un autre organisme et sur production d'un certificat de radiation.
  
- **Après un délai d'attente de 6 mois** courant à compter de la date d'affiliation des assurés aux garanties, 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.

## COMMENT CHANGER D'OPTION ?

\* C'est-à-dire pour passer de l'option 1 à l'option 2.

### **Pour une amélioration de garantie\***

Le changement d'option est possible au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 3 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception à votre centre de gestion.

Le changement entraîne l'application des délais d'attente visés au paragraphe (cf. § PRISE D'EFFET DES GARANTIES).

\*\* C'est-à-dire pour passer de l'option 2 à l'option 1.

### **Pour une baisse du niveau de garantie\*\***

Le changement d'option est possible au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 6 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception à votre centre de gestion. Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'adhésion individuelle au contrat.

Les délais d'attente visés au paragraphe (cf. § PRISE D'EFFET DES GARANTIES) ne seront pas appliqués.

### **Lors de l'évolution du régime conventionnel établi conformément à l'avenant n°15 du 3 septembre 2008 et de ses avenants successifs**

Si vous changez d'option, dans les 2 mois suivant la date d'effet de l'évolution du régime conventionnel, les délais d'attente visés au paragraphe ci-avant (cf. § PRISE D'EFFET DES GARANTIES) ne vous seront pas appliqués. Au-delà de cette période de 2 mois, le changement d'option est soumis aux dispositions prévues dans les paragraphes ci-dessus.

## CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de vous être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui vous lie à votre employeur. À condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, les garanties peuvent être maintenues jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

En tout état de cause, les garanties du régime facultatif cessent d'être accordées lorsque vous ne bénéficiez plus du régime conventionnel obligatoire, et en cas de résiliation de l'affiliation individuelle ou du contrat collectif facultatif souscrit par les partenaires sociaux relatif à ce régime.

En cas de cessation des garanties, vous avez la possibilité d'adhérer

à l'une des garanties individuelles dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

## **COTISATIONS**

Les cotisations sont prélevées trimestriellement à terme échu sur votre compte bancaire. Il faut donc bien penser à remplir l'autorisation de prélèvement.

### **Pour 2014**

- Option 1: 8 €
- Option 2: 16 €

En cas de non paiement des cotisations de votre régime surcomplémentaire facultatif, dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, Isica Prévoyance vous adressera une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, Isica Prévoyance informe de la cessation automatique de la garantie.

En cas d'arrêt de travail, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation.

## **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 portefeuille d'Isica Prévoyance.

L'indexation ainsi définie 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 adhésion est automatiquement résiliée au 31 décembre de l'année en cours.

À défaut de votre 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'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 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'organisme assureur reçoit notification de l'adhérent de sa volonté de se rétracter. Passé ce délai, la somme due est de plein droit productive.

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

### **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'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 :

- AG2R LA MONDIALE  
Centre de gestion  
26 rue de Montholon  
75305 PARIS CEDEX 09

Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandé avec accusé de réception.

J'ai souscrit une adhésion pour le produit surcomplémentaire 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

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

Si cette procédure n'est pas encore en service, vous devez adresser au centre de gestion Isica Prévoyance l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

### Paiement des prestations

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

Isica Prévoyance adresse à votre domicile ou par e-mail si vous avez fait la demande sur notre site internet, 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.ag2rlamondiale.fr/particulier](http://www.ag2rlamondiale.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, Isica Prévoyance 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 les vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
- 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 chiropractie, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée,
- pour la chirurgie réfractive, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée.

Pour 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 Isica Prévoyance 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.

### 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.

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.

Isica Prévoyance 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 d'Isica Prévoyance.

## LE TIERS PAYANT

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



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 Terciane,
- la prescription médicale s'il y a lieu.

### NOTA BENE

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

La carte tiers payant Terciane reste la propriété d'Isica Prévoyance. En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite,...) ou de résiliation du contrat, vous devez restituer la carte tiers payant Terciane 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 Isica Prévoyance 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](http://www.ag2ramondiale.fr/particulier),
- par **TÉLÉPHONE** au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé),
- sur **PLACE** : en présentant votre carte Terciane 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 Isica Prévoyance. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention Isica Prévoyance.

Vous pouvez connaître les **OPTICIENS AGRÉÉS** :

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

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



### **En cas de pose d'une prothèse dentaire**

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

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

## **QUELQUES INFORMATIONS UTILES**

### **Secteur conventionné/non conventionné**

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

### **PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

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

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

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

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

### **ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

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

### **Médecin traitant et correspondant**

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

### **Parcours de soins coordonnés**

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

### **Médecins non conventionnés**

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

### **Participation forfaitaire**

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.

Elle est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse,
- des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).

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 « responsable ».

### **Franchise**

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

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

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

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

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

Certaines personnes en sont exonérées :

- jeunes de moins de 18 ans,
- bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État,
- femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

## LEXIQUE

Frais réels (FR)

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune des actes médicaux (CCAM)

Liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.

Base de remboursement (BR)

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

Tarif d'autorité (TA)

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné. Il est très inférieur à la base de remboursement.

Ticket modérateur (TM)

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

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Selon la législation et les tarifs en vigueur en JANVIER 2014.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS	
			SÉCURITÉ SOCIALE + ISICA PRÉVOYANCE <sup>(1)</sup>	RESTE À VOTRE CHARGE
<b>Consultation chez un généraliste dans le cadre du parcours de soins</b>				
Régime conventionnel	35 €	23 €	34 € <sup>(2)</sup>	1 €
Régime conventionnel + option 1			34 € <sup>(2)</sup>	1 €
Régime conventionnel + option 2			34 € <sup>(2)</sup>	1 €
<b>Consultation chez un spécialiste de secteur 2 à honoraires libres dans le cadre du parcours de soins</b>				
Régime conventionnel	60 €	23 €	39,10 €	20,90 €
Régime conventionnel + option 1			47,15 €	12,85 €
Régime conventionnel + option 2			58,65 €	1,35 €
<b>Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale - couronne SPR 50</b>				
Régime conventionnel	600 €	107,50 €	387 €	213 €
Régime conventionnel + option 1			440,75 €	159,25 €
Régime conventionnel + option 2			548,25 €	51,75 €
<b>Optique - Monture</b>				
Régime conventionnel	160 €	2,84 €	101,70 €	58,30 €
Régime conventionnel + option 1			141,70 €	18,30 €
Régime conventionnel + option 2			160 €	0 €
<b>Optique - Verres : 2 verres blancs simple foyer, identiques</b>				
Régime conventionnel	200 €	8,24 €	144,94 €	55,06 €
Régime conventionnel + option 1			184,94 €	15,06 €
Régime conventionnel + option 2			200 €	0 €

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

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

# GÉNÉRALITÉS

## LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Pendant la période de garanties 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 sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au présent régime,
  - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, sauf ceux prévus expressément dans le tableau des garanties,
  - 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, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau des garanties,
  - engagés au titre de la législation sur les pensions militaires,
  - engagés 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,
- 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 d'Isica Prévoyance seront effectués après avis des praticiens conseils d'Isica Prévoyance.

**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 en tenant compte de la base de remboursement applicable à ce groupe de médicaments**, le remboursement complémentaire effectué par Isica Prévoyance se fera également en tenant compte de la base de remboursement applicable à ce groupe de médicaments.

À l'exception du forfait maternité, 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 d'Isica Prévoyance.

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 Isica Prévoyance 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. Isica Prévoyance 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 d'Isica Prévoyance.

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 utilisée 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 Isica Prévoyance une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

## **PLAFOND DES REMBOURSEMENTS**

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

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

## **RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES**

En cas de paiement des prestations par Isica Prévoyance à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, Isica Prévoyance 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 DES ACTIONS**

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la notice d'information sont prescrites dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où 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 et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

# POUR TOUT RENSEIGNEMENT

Pour toute information, n'hésitez pas, contactez-nous :

- AG2R LA MONDIALE  
Centre de gestion  
26 rue de Montholon  
75305 PARIS CEDEX 09  
0969 32 2000 (appel non surtaxé)

## SITES INTERNET

- [www.chocalliance.fr](http://www.chocalliance.fr) est le site dédié à votre régime frais de santé.
- [www.ag2rlamondiale.fr/particulier](http://www.ag2rlamondiale.fr/particulier) vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace clients ».
- [www.terciane.com](http://www.terciane.com) est dédié à la gestion des prestations.

En vous abonnant gratuitement, vous pouvez recevoir vos décomptes sous format électronique directement dans votre messagerie ou consulter en ligne vos décomptes.

# LES SERVICES 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 !



## 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 en quelques clics avec le calendrier « Service Santé »

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

## Restez informé de toute l'actualité santé

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

Toute l'information santé à porté 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 !

## VOTRE APPLICATION MOBILE: MA SANTÉ

Nous vous proposons une application mobile complète, Ma Santé, qui vous permet d'afficher votre carte de tiers payant directement sur votre mobile (iPhone, iPad et Android) et de géolocaliser les professionnels de santé acceptant la carte de tiers payant Terciane.



L'application « **Ma Santé** » permet aux 1 500 000 bénéficiaires de la carte de tiers payant Terciane d'**afficher sur leur mobile leur carte de tiers payant et de géolocaliser les 100 000 professionnels de santé** (pharmaciens, opticiens, dentistes, laboratoires, infirmiers, ...) qui l'acceptent.

Le système du tiers payant a été instauré pour éviter d'avancer des sommes parfois élevées dans l'attente des remboursements.

Après avoir saisi vos identifiants NetSanté, vous accédez aux 2 fonctionnalités de l'application :

- la **liste des professionnels de santé les plus proches** de votre position actuelle ou d'une adresse saisie textuellement,
- l'**affichage de votre carte de tiers payant Terciane dématérialisée**.

Grace à cette nouveauté, vous (et votre famille) disposez à tout moment de votre carte à jour et à portée de main !



# LES FONDS

## **FONDS DE PRÉVENTION SANTÉ**

Le **fonds de prévention santé** est destiné à financer des actions de la Branche en matière de prévention et gestion du risque santé.

## **FONDS SOCIAL SANTÉ**

Le **fonds social santé** peut intervenir notamment lorsque des dépenses de santé déséquilibrent fortement le budget familial.

Les aides sont attribuées en fonction de la situation sociale et financière du foyer.

Exemples d'aides :

- frais dentaires,
- frais d'optiques,
- prothèses auditives...

Adressez-nous un courrier, nous vous feront parvenir le dossier de demande d'intervention sociale.

AG2R LA MONDIALE  
Direction des accords collectifs  
Pôle alimentaire  
Fonds social santé confiserie  
104-110 boulevard Haussmann  
75379 PARIS CEDEX 08







# 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**

À cotisations définies (Article 83)  
À prestations définies (Article 39)

## **ÉPARGNE SALARIALE**

Plan épargne entreprise (PEE)  
Plan épargne retraite collectif (PERCO)

## **PASSIFS SOCIAUX**

Indemnités fin de carrière (IFC)  
Indemnités de licenciement (IL)  
Compte épargne temps (CET)

## **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](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.