



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—

NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels

Ensemble du personnel

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	3
---------------------	----------

VOTRE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE	4
Résumé de la garantie	4
Quel est l'objet de la garantie ?	8
Quels sont les actes et frais garantis ?	8
Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	8
Quand débute la garantie ?	9
Quand cesse-t-elle ?	9
Cotisations	9

VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF	10
Choix et changement d'option	10
Résumé de la garantie	11
Quel est l'objet de la garantie ?	15
Quels sont les actes et frais garantis ?	15
Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	15
Quand débute la garantie ?	15
Quand cesse-t-elle ?	15
Cotisations	16

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE ET SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF	17
Maintien de la garantie	17

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	19
Exclusions et limites de la garantie	19
Plafond des remboursements	20
Recours contre les tiers responsables	20
Prescription	20
Réclamations - médiation	20
Informatique et libertés / lutte contre la fraude	20
Autorité de contrôle	21

MODALITÉS DE GESTION	22
Comment vous affilier ?	22
Comment s'effectuent vos remboursements ?	22
Tiers payant	23
Les accords de prise en charge	24
Quelques informations utiles	24
Pour tout renseignement	27

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	28
--	-----------

PRÉSENTATION

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels (n° 3275) dont relève votre entreprise ont recommandé AG2R Réunica Prévoyance (dénommée « l'Institution » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, comme assureur et gestionnaire de votre régime frais de santé.

Ce régime bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, sans sélection médicale.

La garantie comprend :

- un régime **conventionnel obligatoire** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** (option 1, 2 ou 3) 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^{er} juillet 2017**.

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

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

VOTRE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les prestations s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		200 % de la BR
Forfait hospitalier ⁽²⁾	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.		200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.		180 % de la BR
Chambre particulière ⁽³⁾	40 € / jour	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans ⁽⁴⁾	30 € / jour	Néant
Transport remboursé par la Sécurité sociale		
Transport		100 % de la BR
Actes médicaux		
Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.		140 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.		120 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.		190 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.		170 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.		170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.		150 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.		190 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.		170 % de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses		
		100 % de la BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		
Pharmacie		100 % de la BR
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives		265 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses		135 % de la BR

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale - L'ensemble des postes prothèses dentaires, inlay core et inlay à clavettes, orthodontie, est limité à un plafond annuel de 500 € les 24 premiers mois d'affiliation puis à un plafond annuel de 1000 € les années suivantes. Au-delà de ces plafonds, la garantie appliquée est de 125 % de la BR		
Soins dentaires		100 % de la BR
Inlay simple, onlay		220 % de la BR
Prothèses dentaires		270 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes		270 % de la BR
Orthodontie		200 % de la BR
Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽⁵⁾		
Monture adulte		RSS + 95 €
Monture enfant		RSS + 75 €
Verres		Voir GRILLE OPTIQUE page 6
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives	
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables		Crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives
Maternité / Adoption		
Par enfant déclaré		Forfait de 300 €
Actes de prévention		
Voir détail ci-après		100 % de la BR

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : C.A.S. = contrat d'accès aux soins ; OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = frais réels.

RSS = remboursement Sécurité sociale.

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

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

(3) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

(4) Sur présentation d'un justificatif.

(5) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'institution.

Actes de prévention

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum.
- Premier bilan du langage oral ou écrit, chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B.
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale,
 - audiométrie tonale avec tympanométrie,
 - audiométrie vocale dans le bruit,
 - audiométrie tonale et vocale,
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans.
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - coqueluche : avant 14 ans,
 - hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG : avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - haemophilus influenzae B, infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

GRILLE OPTIQUE

Adulte (âgé de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R ^B T PAR VERRE
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	RSS + 45 €
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	RSS + 45 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 90 €
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 90 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 90 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 90 €
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 90 €
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 90 €
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	RSS + 45 €
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	RSS + 45 €
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 105 €
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 105 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	RSS + 105 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	RSS + 105 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 105 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 105 €
2290396 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	RSS + 120 €
2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	RSS + 120 €
2245384 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 135 €
2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 135 €
2227038 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 120 €
2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 120 €
2202239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 135 €
2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 135 €

Enfant (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R ^{BT} PAR VERRE
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 45 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 45 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 62,50 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 62,50 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 62,50 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 62,50 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 62,50 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	RSS + 62,50 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	RSS + 45 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	RSS + 45 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 65 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 65 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	RSS + 65 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	RSS + 65 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 65 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	RSS + 65 €
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	RSS + 120 €
2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	RSS + 120 €
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 135 €
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	RSS + 135 €
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 120 €
2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	RSS + 120 €
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 135 €
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	RSS + 135 €

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Accorder une prestation complémentaire au régime de base de la 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 la Sécurité sociale française au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au tableau des garanties.

MATERNITÉ - ADOPTION

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

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

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

- **Vous-même**, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- **vos conjoint**, partenaire de PACS ou concubin résidant sous le même toit, dès lors qu'il est votre ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- **les enfants à charge**, c'est-à-dire :
 - les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin) au sens de la législation de la Sécurité sociale,
 - les enfants inscrits à Pôle emploi en qualité de « primo demandeurs »,
 - les enfants de moins de 26 ans à charge au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abatement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en cas d'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, c'est-à-dire

hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison de leur invalidité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abatement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous avez été autorisé à déduire de votre impôt sur le revenu,

- vos ayants droit à charge au sens de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité sociale, à l'exception des ascendants et collatéraux.

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).

CONJOINT NON À CHARGE

S'il n'est pas à votre charge au sens de la Sécurité sociale, votre conjoint a la possibilité, moyennant paiement de la cotisation correspondante, de s'affilier à la garantie, de façon facultative. L'affiliation s'effectue sur demande auprès de l'Institution. Cette affiliation n'ouvre pas droit au bénéfice de la portabilité.

DISPENSE D'AFFILIATION

L'affiliation à la garantie est obligatoire. Cependant, conformément à l'article R.242-1-6, les salariés suivants disposent de la faculté de refuser l'affiliation au régime :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garantie de remboursement de frais de santé ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés qui, à la date d'effet de la garantie ou de leur embauche si elle est postérieure, sont titulaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale ou de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de produire, d'une part, la décision administrative d'attribution de l'une desdites aides, et d'autre part, tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance ; cette faculté de ne pas adhérer au régime ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel au titre duquel les salariés bénéficient de l'une de ces aides ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de prévoyance mentionnés par l'arrêté du 26 mars 2012.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

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

QUAND CESSE-T-ELLE ?

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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.

CONJOINT NON À CHARGE

La garantie du conjoint non à charge du salarié cesse également :

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de résiliation de sa part.

L'affiliation est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf s'il demande 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.

Par ailleurs, s'il ouvre droit au bénéfice de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (telle que définie à l'article L.863-2 du Code de la Sécurité sociale), il peut demander la résiliation de son affiliation, y compris en cours d'année. Cette résiliation intervient au plus tard le 1^{er} du deuxième mois suivant la présentation d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L.863-6 du Code de la Sécurité sociale.

salarié. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

CONJOINT NON À CHARGE

Les cotisations sont prélevées, mensuellement à terme échu, sur le compte bancaire de l'assuré.

En cas de non-paiement dans le délai de dix jours suivant la date de l'échéance, il est adressé à l'assuré une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'assuré est informé de la cessation automatique de sa garantie.

Les éventuels frais d'impayés pourront lui être imputés.

COTISATIONS

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

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

VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

CHOIX ET CHANGEMENT D'OPTION

Vous avez le choix entre **3 options**.

Vous pouvez changer d'option au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Ce changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'adhésion à l'une des options.

Si dans les 2 mois précédant votre demande de changement d'option, vous justifiez d'une modification de situation familiale pour mariage, signature d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou concubin signataire ou non d'un PACS ou d'un enfant :

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

Tout changement d'option concernera l'ensemble des bénéficiaires assurés.

Vous ne pouvez plus changer d'option lorsque vous ne bénéficiez plus du contrat conventionnel.

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les prestations s'entendent **en complément** des prestations versées au titre du régime conventionnel obligatoire.

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾

POSTES	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité						
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires						
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	30 % de la BR		80 % de la BR		130 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	20 % de la BR		20 % de la BR		20 % de la BR	
Chambre particulière ⁽²⁾	15 € / jour	Néant	20 € / jour	Néant	30 € / jour	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans ⁽³⁾	15 € / jour	Néant	20 € / jour	Néant	30 € / jour	Néant
Actes médicaux						
Généralistes (consultations, visites)						
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	30 % de la BR		80 % de la BR		180 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	30 % de la BR		80 % de la BR		80 % de la BR	
Spécialistes (consultations, visites)						
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	30 % de la BR		80 % de la BR		150 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	30 % de la BR		30 % de la BR		30 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)						
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	50 % de la BR		100 % de la BR		200 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	50 % de la BR		50 % de la BR		50 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)						
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	50 % de la BR		80 % de la BR		130 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	30 % de la BR		30 % de la BR		30 % de la BR	
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale						
Densitométrie osseuse	Crédit de 20 € / année civile		Crédit de 30 € / année civile		Crédit de 40 € / année civile	
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale						
Vaccins	Crédit de 20 € / année civile		Crédit de 30 € / année civile		Crédit de 40 € / année civile	
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale						
Prothèses auditives	30 % de la BR		80 % de la BR		130 % de la BR	
Orthopédie et autres prothèses	30 % de la BR		80 % de la BR		130 % de la BR	
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale						
Inlay simple, onlay	100 % de la BR		200 % de la BR		300 % de la BR	
Prothèses dentaires	30 % de la BR		80 % de la BR		130 % de la BR	
Inlay core et inlay à clavettes	30 % de la BR		200 % de la BR		300 % de la BR	
Orthodontie	25 % de la BR		50 % de la BR		100 % de la BR	
Optique: le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽⁴⁾						
Monture adulte	35 €		55 €		55 €	
Monture enfant	15 €		35 €		65 €	
Verres	Voir GRILLE OPTIQUE page 13		Voir GRILLE OPTIQUE page 13		Voir GRILLE OPTIQUE page 13	

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾

POSTES	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives		Crédit de 150 € sur 2 années civiles consécutives		Crédit de 200 € sur 2 années civiles consécutives	
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	Crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives		Crédit de 150 € sur 2 années civiles consécutives		Crédit de 200 € sur 2 années civiles consécutives	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale						
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR		150 % de la BR		270 % de la BR	
Frais de voyage et hébergement	100 €		200 €		300 €	
Maternité / Adoption						
Par enfant déclaré	Néant		Néant		100 €	
Médecines hors nomenclature						
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁵⁾	20 € / acte, limité à 4 actes / année civile		30 € / acte, limité à 4 actes / année civile		40 € / acte, limité à 4 actes / année civile	

D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : C.A.S. = contrat d'accès aux soins ; OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = frais réels.

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

RSS = remboursement Sécurité sociale.

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

(2) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

(3) Sur présentation d'un justificatif.

(4) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'institution.

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

GRILLE OPTIQUE
Adulte (âgé de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE		
				OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
2203240: verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2287916: verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2280660: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	60 €	80 €
2282793: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	60 €	80 €
2263459: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	60 €	80 €
2265330: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40 €	60 €	80 €
2235776: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	40 €	60 €	80 €
2295896: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	40 €	60 €	80 €
2259966: verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2226412: verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2284527: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	55 €	75 €	95 €
2254868: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	55 €	75 €	95 €
2212976: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	55 €	75 €	95 €
2252668: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	55 €	75 €	95 €
2288519: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	55 €	75 €	95 €
2299523: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	55 €	75 €	95 €
2290396: verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	30 €	50 €	80 €
2291183: verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	30 €	50 €	80 €
2245384: verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	40 €	60 €	90 €
2295198: verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	40 €	60 €	90 €
2227038: verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	30 €	50 €	80 €
2299180: verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	30 €	50 €	80 €
2202239: verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	40 €	60 €	90 €
2252042: verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	40 €	60 €	90 €

Enfant (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCaux / MULTIFOCaux	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT PAR VERRE		
				OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
2261874: verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2242457: verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2243540: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	25 €	45 €	65 €
2297441: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	25 €	45 €	65 €
2243304: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	25 €	45 €	65 €
2291088: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	25 €	45 €	65 €
2273854: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	25 €	45 €	65 €
2248320: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	25 €	45 €	65 €
2200393: verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2270413: verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	15 €	35 €	55 €
2283953: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	35 €	55 €	75 €
2219381: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	35 €	55 €	75 €
2238941: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	35 €	55 €	75 €
2268385: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	35 €	55 €	75 €
2245036: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	35 €	55 €	75 €
2206800: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	35 €	55 €	75 €
2259245: verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	30 €	50 €	80 €
2264045: verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	30 €	50 €	80 €
2238792: verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	40 €	60 €	90 €
2202452: verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	40 €	60 €	90 €
2240671: verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	30 €	50 €	80 €
2282221: verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	30 €	50 €	80 €
2234239: verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	40 €	60 €	90 €
2259660: verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	40 €	60 €	90 €

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Accorder une prestation complémentaire au régime de base de la Sécurité sociale française et au régime conventionnel obligatoire 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 la 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 aux tableaux des garanties.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

- **Vous-même**, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- **votre conjoint**, partenaire de PACS ou concubin résidant sous le même toit, dès lors qu'il est votre ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- **les enfants à charge**, c'est-à-dire :
 - les **enfants de moins de 21 ans** à votre charge ou à celle de votre conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin) au sens de la législation de la Sécurité sociale,
 - les **enfants inscrits à Pôle emploi** en qualité de « primo demandeurs »,
 - les **enfants de moins de 26 ans** à charge au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abatement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en cas d'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, c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison de leur invalidité, pris en compte dans le calcul du

quotient familial ou ouvrant droit à un abatement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous avez été autorisé à déduire de votre impôt sur le revenu,

- **vos ayants droit à charge** au sens de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité sociale, à l'exception des ascendants et collatéraux.

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).

CONJOINT NON À CHARGE

S'il n'est pas à votre charge au sens de la Sécurité sociale, votre conjoint a la possibilité, moyennant paiement de la cotisation correspondante, de s'affilier à la garantie. L'affiliation s'effectue sur demande auprès de l'Institution. Cette affiliation n'ouvre pas droit au bénéfice de la portabilité.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- Au plus tôt, le 1^{er} jour du mois durant lequel l'Institution reçoit le bulletin d'affiliation complet, si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi ;
- ou au 1^{er} jour du mois suivant la demande si le bulletin d'affiliation complet a été envoyé après le 15 du mois.

Vos ayants droit, n'ayant pas été rattachés à votre garantie au moment de votre affiliation, pourront être rattachés postérieurement, au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année.

Cependant, lorsque vous justifiez de l'une des modifications de situation familiale suivante : mariage, signature d'un Pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin signataire ou non d'un Pacte civil de solidarité, ou d'un enfant à charge, l'affiliation de l'ayant droit concerné est effective au 1^{er} jour du mois au cours duquel il acquiert cette qualité, sous réserve que vous en effectuiez la demande dans les 2 mois suivant la survenance de l'événement familial.

QUAND CESSE-T-ELLE ?

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires :

RÉSILIATION DE L'AFFILIATION

Une résiliation de l'affiliation individuelle est possible lorsque vous ne bénéficiez plus du régime conventionnel obligatoire. La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel la demande a été exprimée. En cas de résiliation du contrat conventionnel obligatoire, aucun bénéficiaire supplémentaire ne peut être rattaché au régime surcomplémentaire.

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion ;
- 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^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif CMU pour sa partie complémentaire.

Par ailleurs, si vous ouvrez droit au bénéfice de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (telle que définie à l'article L.863-2 du Code de la Sécurité sociale), vous pouvez demander la résiliation de votre affiliation, y compris en cours d'année. Cette résiliation intervient au plus tard le 1^{er} du deuxième mois suivant votre présentation d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L.863-6 du Code de la Sécurité sociale.

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

COTISATIONS

Les cotisations sont prélevées, mensuellement à terme échu, sur votre compte bancaire.

En cas de non-paiement dans le délai de dix jours suivant la date de votre échéance, l'Institution vous adresse une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'Institution vous informe de la cessation automatique de la garantie.

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE ET SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

MAINTIEN DE LA GARANTIE

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice de la garantie est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Dans le cas où la garantie est suspendue, la suspension intervient au dernier jour du mois de la date de cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise. À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'entreprise.

Toutefois, la garantie est maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle :

- ils sont en congé maternité, d'adoption ou paternité;
- ils sont en arrêt de travail pour maladie ou accident (d'ordre professionnel ou non);
- ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.

En tout état de cause, le maintien de la garantie cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

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

Les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficient de ces garanties dans l'entreprise en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

La garantie est maintenue aux anciens salariés, ainsi qu'à leurs bénéficiaires, lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail chez leur dernier employeur et lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien de garantie s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

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

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

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou

pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien de la garantie qui n'est pas prolongée d'autant.

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

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

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

Formalités de déclaration

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

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

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

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

Paiement des prestations

L'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

EN CAS DE CESSATION DE LA GARANTIE

Loi Évin

L'Institution propose, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'Institution. La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Cette possibilité leur est également offerte en relais au droit à portabilité ; la demande doit être faite :

- dans un délai de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail, pour les anciens salariés bénéficiant d'une portabilité inférieure à 6 mois ;
- à l'issue de la période de portabilité, pour les anciens salariés bénéficiant d'une portabilité supérieure à 6 mois.

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

Ayants droit du salarié décédé

En cas de décès d'un salarié en activité ou bénéficiant du dispositif de portabilité, les ayants droit bénéficient à titre gratuit du maintien de la garantie et ce, pendant une période de 12 mois, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès. Pour ce faire, ils devront compléter un bulletin d'affiliation.

La nouvelle affiliation prendra effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation et, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du salarié et, au plus tard, au lendemain de la réception de la demande.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE

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

EXCLUSIONS

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

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ;
- relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci ; la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France (si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'Institution sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon la garantie souscrite).

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

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

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée

en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;

- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

LIMITES DE LA GARANTIE

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

- **Frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné :** la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité sociale ; cette limite de 90 jours ne s'applique pas à la prise en charge du forfait hospitalier.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

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

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement de prestations par l'Institution à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'Institution est subrogée au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses que l'Institution 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'entreprise adhérente.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R LA MONDIALE - Direction de la Qualité - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Barœul - 59896 LILLE CEDEX 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP 10 rue Cambacères - 75008 PARIS.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE

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

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

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

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE - À

l'attention du Correspondant Informatique et Libertés
- 104/110 bd Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08,
ou par mail à informatique.libertes@ag2ramondiale.fr

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

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

MODALITÉS DE GESTION

COMMENT VOUS AFFILIER ?

Vous remplissez le bulletin d'affiliation remis par votre employeur 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.

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOEMIE »), les organismes d'assurance maladie transmettent directement à l'Institution l'ensemble des informations concernant vos remboursements; si un message figure sur votre

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.

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.

décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à l'organisme d'assurance maladie uniquement.**

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

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

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

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

L'Institution adresse à votre domicile un décompte

détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet :

- www.ag2ramondiale.fr

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

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

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

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- **pour 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 densitométrie osseuse**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien ;
- **pour les médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- **en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle**, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'Institution auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux,...).

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur les factures détaillées des

établissements hospitaliers ou des cliniques seront pris en compte pour les remboursements.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, vous devez transmettre à l'Institution une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre régime de base ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés. La facture devra comporter le cachet de votre médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale. Un formulaire à faire remplir par votre praticien, afin que l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation soit précisé, est tenu à votre disposition sur simple demande.

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

TIERS PAYANT

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

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

Elle vous est remise après enregistrement de votre affiliation.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

- l'attestation de droits Sécurité sociale ;

CARTE DE TIERS PAYANT

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

Attention

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

- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

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

LES ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

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

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

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

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

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

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

Vous pouvez connaître les OPTICIENS AGRÉÉS :

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

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

RÉSEAU ITELIS

vous pouvez bénéficier du réseau Itelis dans certains domaines comme l'optique et l'audioprothèse ; les services sont disponibles sur le site internet www.itelis.fr/particulier-offre-info Vous pouvez également consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

EN CAS DE POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE

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

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

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention 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 du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. 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 au tarif de convention.

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.

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

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

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

Pour savoir si votre médecin a signé le C.A.S. ou trouver un médecin l'ayant fait, consultez le site « annuaire.sante.ameli.fr » et faites une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. La fiche des médecins signataires précise : « Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins) ».

Option pratique maîtrisée (OPTAM) / Option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

La Sécurité sociale a proposé aux professions médicales pratiquant les dépassements d'honoraires une nouvelle convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. À ce titre, les honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM-CO sont mieux remboursés (base de remboursement Sécurité sociale supérieure et meilleur remboursement de la complémentaire).

Rendez-vous sur « annuaire.sante.ameli.fr » pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO.

PARTICIPATION FORFAITAIRE/FRANCHISE

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à

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

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

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

Franchise

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par le régime général de la Sécurité sociale).

Son montant est de :

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Législation en vigueur en JUILLET 2017.

Régime général

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné (consultation) ⁽²⁾					
Conventionnel	60 €	30 €	20 € ⁽³⁾	36 €	4 €
Option 1				29 €	1 €
Option 2				29 €	1 €
Option 3				29 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale					
Conventionnel	550 €	107,50 €	75,25 €	215 €	259,75 €
Option 1				247,25 €	227,50 €
Option 2				301 €	173,75 €
				354,75 €	120 €
Optique Adulte					
Monture					
Conventionnel	150 €	2,84 €	1,70 €	95 €	53,30 €
Option 1				130 €	18,30 €
Option 2				148,30 €	0,00 €
Option 3				148,30 €	0,00 €
Verres (la paire)					
Conventionnel	400 €	14,64 € ⁽⁴⁾	8,78 €	240 €	151,22 €
Option 1				300 €	91,22 €
Option 2				340 €	51,22 €
Option 3				391,22 €	0,00 €

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

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin spécialiste adhérent à un D.P.T.M. (Dépassement maîtrisé), pour avis ponctuel, sur avis du médecin traitant.

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

(4) Exemple pour un verre blanc multifocal ou progressif, de sphère de -4,00 à +4,00.

Régime Alsace-Moselle

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné (consultation) ⁽²⁾					
Conventionnel	60 €	30 €	26 € ⁽³⁾	30 €	4 €
Option 1				33 €	1 €
Option 2				33 €	1 €
Option 3				33 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale					
Conventionnel	550 €	107,50 €	96,75 €	193,50 €	259,75 €
Option 1				225,75 €	227,50 €
Option 2				279,50 €	173,75 €
				333,25 €	120 €
Optique Adulte					
Monture					
Conventionnel	150 €	2,84 €	2,56 €	95 €	52,44 €
Option 1				130 €	17,44 €
Option 2				147,44 €	0,00 €
Option 3				147,44 €	0,00 €

REMBOURSEMENTS

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	RESTE À VOTRE CHARGE
Verres (la paire)					
Conventionnel	400 €	14,64 € ⁽⁴⁾	13,18 €	240 €	146,82 €
Option 1				300 €	86,82 €
Option 2				340 €	46,82 €
Option 3				386,82 €	0,00 €

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

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin spécialiste adhérent à un D.P.T.M. (Dépassement maîtrisé), pour avis ponctuel, sur avis du médecin traitant.

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

(4) Exemple pour un verre blanc multifocal ou progressif, de sphère de -4,00 à +4,00.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITE INTERNET

- www.ag2rlamondiale.fr 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 » et vous permet d'accéder à l'espace dédié à vos garanties et de télécharger les documents utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation) en choisissant la Convention collective nationale des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels dans la liste déroulante prévue à cet effet.

• Sur votre affiliation
AG2R LA MONDIALE
 Centre de gestion
 16 la Canebière
 CS 31866
 13221 MARSEILLE CEDEX 01

• Sur vos prestations
AG2R LA MONDIALE
 TSA 71012
 69303 LYON CEDEX 07



LEXIQUE

Base de remboursement (BR)

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

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

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

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

Frais réels (FR)

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

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.

Ticket modérateur (TM)

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

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

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

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

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

ÉPARGNE SALARIALE

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

PASSIFS SOCIAUX

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

ENGAGEMENT SOCIAL

Prévention et conseil social
Accompagnement

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris CEDEX 08
Tél.: 0 969 32 2000
www.ag2rlamondiale.fr

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