



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—

NOTICE D'INFORMATION

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMERCES DE GROS
DE L'HABILLEMENT, DE LA MERCERIE, DE LA CHAUSSURE ET DU JOUET
[BROCHURE N° 3148]

Régime de base obligatoire pour le salarié et facultatif pour ses ayants droit
Régime surcomplémentaire facultatif pour le salarié et ses ayants droit

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	4
---------------------	----------

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE	5
---------------------------------	----------

RÉGIME DE BASE	
Quel est l'objet du régime ?	5
Quel est le personnel concerné ?	5
Comment bénéficier du régime ?	5
Quels sont les actes et frais garantis ?	5
Résumé des garanties	6
Actes de prévention	7
Grille optique	8
Grille optique	9
Quand débutent les garanties ?	10
Quand cessent-elles ?	10
Peuvent-elles être maintenues ?	10
Maintien des garanties en cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits	10
Cotisations	11

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

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

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	
Quel est l'objet du régime ?	14
Quels sont les bénéficiaires ?	14
Comment souscrire ?	14
Quels sont les actes et frais garantis ?	14
Résumé des garanties	15
Grille optique	17
Grille optique	18
Quand débutent les garanties ?	19
Quand cessent-elles ?	19
Peut-on changer d'option ?	19
Les garanties peuvent-elles être maintenues ?	19

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS	
Durée de l'affiliation	20
Cotisations	20
Indexation	20
Adhésion à distance	20
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	21

GÉNÉRALITÉS	22
Exclusions et limites des garanties	22
Plafond des remboursements	23
Prescription	23
Recours contre les tiers responsables	23
Réclamations - médiation	23
Informatiques et libertés / lutte contre la fraude	23
Autorité de contrôle	24

MODALITÉS DE GESTION	25
Comment vous affilier ?	25
Comment s'effectuent vos remboursements ?	25
Tiers payant	26
Accords de prise en charge	26
Quelques informations utiles	27
Exemples de remboursement	29
Pour tout renseignement	30

MES SERVICES	31
Découvrez notre application mobile « ma santé »	31
Découvrez notre application mobile « service client »	31

PRÉSENTATION

VOTRE ENTREPRISE RELEVANT DU CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMERCES DE GROS DE L'HABILLEMENT, DE LA MERCERIE, DE LA CHAUSSURE ET DU JOUET A MIS EN PLACE DES GARANTIES **FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE AU PROFIT DE L'ENSEMBLE DE SON PERSONNEL.**

Ces garanties comprennent :

- un régime de **base obligatoire** pour **vous-même** et **facultatif** pour vos **ayants droit** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** (2 options au choix) pour vous-même et vos ayants droit si vous souhaitez améliorer le remboursement des frais garantis par le régime de base.

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

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

Cette notice s'applique à compter du **1^{er} janvier 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 OBLIGATOIRE

RÉGIME DE BASE

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

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

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

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet.

COMMENT BÉNÉFICIER DU RÉGIME ?

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

Le bulletin est disponible sur l'espace dédié www.ag2ramondiale.fr/entreprises/convention-collective-nationale/champ-d-application-de-la-ccn-habillement-mercerie-chaussure-et-jouets/offre-de-sante-a-destination-de-la-ccn-habillement-mercerie-chaussure-et-jouets

MODIFICATION DE SITUATION : en cas de modification (changement d'adresse, de coordonnées bancaires,...), informez-en votre centre de gestion.

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 dans le résumé des garanties ci-après.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

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	100 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Chambre particulière	1 % du PMSS par jour (soit 32,69 € au 01/01/2017)

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.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Analyses	100 % de la BR

Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale

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

Appareillages remboursés par la Sécurité sociale

Prothèses auditives	100 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditives)	100 % de la BR

Dentaire remboursé par la Sécurité sociale

Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple, onlay	100 % de la BR
Prothèses dentaires	225 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	225 % de la BR
Orthodontie	225 % de la BR

Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale

Prothèses dentaires ⁽²⁾	225 % de la BR
Implants dentaires (sur la base de l'implant dentaire remboursé par la Sécurité sociale HBLD418) ⁽³⁾	225 % de la BR

Postes	Conventionné/Non conventionné
Optique : Le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de 2 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	RSS + forfait de 100 €
Verres (la paire)	RSS + montants indiqués dans la grille optique page 8
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁵⁾	45 € par acte limité à 2 actes par année civile
Actes de prévention	
Voir détail ci-après	100 % de la BR

D.P.T.M. = DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR : C.A.S. = CONTRAT D'ACCES AUX SOINS - OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE - OPTAMCO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS.

FR = FRAIS REELS. - BR = BASE DE REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE. - RSS = REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE.

PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE, SOIT 3269 € AU 1^{ER} JANVIER 2017 (VOUS POUVEZ RETROUVER LA VALEUR DU PMSS A L'ADRESSE INTERNET : WWW.AMELI.FR/EMPLOYEURS/VOS-DEMARCHES/CHIFFRES-UTILES/PLAFOND-DE-LA-SECURITE-SOCIALE.PHP).

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES PAR LES BENEFICIAIRES.

(2) ACTES PRIS EN CHARGE DANS CE POSTE : COURONNES DENTAIRES (HBLD038, HBLD036, A L'EXCLUSION DES COURONNES OU DENTS A TENON PREFABRIQUEES, COURONNES OU DENTS A TENONS PROVISOIRES, COURONNES A RECOUVREMENT PARTIEL), PROTHESES SUPRA IMPLANTAIRES (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171), BRIDGES (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) AINSI QUE LES ACTES ANNEXES S'Y RAPPORANT (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087) A L'EXCLUSION DES PROTHESES DENTAIRES SUR DENTS TEMPORAIRES, PROTHESES DENTAIRES OU DENTS A TENON PREFABRIQUEES, PROTHESES DENTAIRES OU DENTS A TENONS PROVISOIRES, LES PILIERS DE BRIDGE A RECOUVREMENT PARTIEL.

(3) POSE D'UN IMPLANT A L'EXCLUSION DE TOUT ACTE ANNEXE (SCANNER, PILIER, COURONNE).

(4) POUR L'APPRECIATION DE LA PERIODE PERMETTANT UN RENOUVELLEMENT, LE POINT DE DEPART EST FIXE A LA DATE D'ACQUISITION D'UN EQUIPEMENT OPTIQUE (OU DU PREMIER ELEMENT DE L'EQUIPEMENT DANS L'HYPOTHESE D'UN REMBOURSEMENT DEMANDE EN DEUX TEMPS). LA PERIODE DE RENOUVELLEMENT DE L'EQUIPEMENT POUR LES ADULTES EST REDUITE A 1 AN EN CAS DE RENOUVELLEMENT JUSTIFIE PAR UNE EVOLUTION DE LA VUE. LA JUSTIFICATION DE L'EVOLUTION DE LA VUE SE FONDE SOIT SUR LA PRESENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MEDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFERENTE DE LA PRECEDENTE, SOIT SUR LA PRESENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTEES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ETRE COMPAREE A CELLE DU DERNIER EQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT PAR L'ASSUREUR.

(5) SI INTERVENTION DANS LE CADRE DE PRATICIEN INSCRIT AUPRES D'UNE ASSOCIATION AGREEE.

ACTES DE PRÉVENTION

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).
- Premier bilan du langage oral ou écrit, 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 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

Adultes (âgé de 18 ans et plus)

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre ⁽¹⁾
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	100 €
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	100 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	150 €
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	150 €
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	100 €
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	100 €
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2290396 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	150 €
2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	150 €
2245384 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
2227038 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	150 €
2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	150 €
2202239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	150 €
2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	150 €

GRILLE OPTIQUE

Enfants (moins de 18 ans)				
Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre ⁽¹⁾
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	100 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	100 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	150 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	150 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	150 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	100 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	100 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	150 €
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	150 €
2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	150 €
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	150 €
2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	150 €
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	150 €
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	150 €

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT-ELLES ?

- Au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
 - à la date de résiliation du contrat d'adhésion.
- Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations par l'employeur. Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.
- CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE : le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de AG2R Réunica Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation à titre individuel et de son propre fait.**

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

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

Sans indemnisation

Dans les autres cas que ceux cités ci-dessus (congé parental d'éducation, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé pour création d'entreprise, congé de formation...), le salarié peut demander, à titre individuel, à continuer à bénéficier du régime de base obligatoire pendant la durée du congé.

La totalité de la cotisation (part patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié.

La cotisation est prélevée mensuellement à terme échu directement sur son compte bancaire.

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

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

Le maintien facultatif des garanties prend fin dans

les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé ;
 - en cas de rupture du contrat de travail du salarié.
- Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir ses garanties pendant son congé, le droit à garanties reprend dès sa reprise de travail.

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

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

Ce maintien des garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail 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 des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité cesse :

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

Le maintien des garanties 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 des garanties 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 des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

Paiement des prestations

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

EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Loi 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, aux anciens salariés :

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

Ayants droit d'un salarié décédé

En cas de décès du salarié, y compris en période de portabilité des droits prévu au paragraphe « En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits », le régime de base peut être maintenu, moyennant paiement des cotisations, à ses ayants droit affiliés à ce régime, et ce pendant une période de **12 mois** courant à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès du salarié, à condition d'en faire la demande dans les **6 mois** suivant le décès.

Ces ayants droit devront en faire la demande et remplir un 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.

Cessation des garanties collectives

En cas de cessation des garanties, vous pouvez vous affilier, ainsi que vos ayants droit, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de **6 mois** à compter de la rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

COTISATIONS

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

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

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

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

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Faire bénéficier votre famille du régime de base.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RESERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION « ADULTE »

- **votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où vous êtes lié avec votre concubin par un Pacs, une attestation de moins de 3 mois établissant votre engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du tribunal d'Instance. Dans le cas où vous n'êtes pas lié par un Pacs avec votre concubin et qu'il n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun) ;
- toute **personne à votre charge** au sens des assurances sociales.

SOUS RESERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION PAR « ENFANT »

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

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

BÉNÉFICE DU RÉGIME POUR LES AYANTS DROIT : le bénéfice du régime de base facultatif est possible si le salarié est affilié au régime de base obligatoire. COTISATION ENFANT: la cotisation du 3^e enfant et plus est gratuite. À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

COMMENT SOUSCRIRE ?

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

QUEL SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire du salarié.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT-ELLES ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- à l'expiration du mois au cours duquel vos ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire ;
- en cas de non-paiement des cotisations.
Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

Lorsque vous bénéficiez, en tant qu'ancien salarié, du maintien de vos garanties du régime de base obligatoire au titre du dispositif de portabilité détaillé page 10 de la présente notice (voir chapitre « votre régime obligatoire »), vos ayants droit qui étaient affiliés au régime de base facultatif conservent la qualité de bénéficiaires de ces garanties, pendant la durée d'application du dispositif de portabilité.

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

Le régime surcomplémentaire (option 1 ou 2) s'applique si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime de base est obligatoire.

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

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Améliorer vos remboursements en choisissant une des **2 options facultatives (1 ou 2)** venant s'ajouter à votre régime de base.

Le choix de l'option s'applique obligatoirement à tous les bénéficiaires du régime.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE

Par « adulte »

- **Vous-même**, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet ;
- **votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité ;
- toute **personne à votre charge** au sens des assurances sociales.

Par « enfant »

Vos enfants à charge (voir définition au titre du chapitre « RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT ») page 12.

COMMENT SOUSCRIRE ?

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

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale 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 dans le résumé des garanties ci-après.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Les prestations s'entendent en complément du régime de base obligatoire.

Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾

Postes	Option 1	Option 2
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Chambre particulière	1 % du PMSS par jour (soit 32,69 € au 01/01/2017)	2 % du PMSS par jour (soit 65,38 € au 01/01/2017)
Actes médicaux		
Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 120 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 20 % de la BR	+ 80 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 20 % de la BR	+ 80 % 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	+ 150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 20 % de la BR	+ 80 % 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	+ 150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 20 % de la BR	+ 80 % de la BR
Auxiliaires médicaux	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Analyses	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives	+ 50 % de la BR	+ 130 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses	+ 50 % de la BR	+ 130 % de la BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale		
Soins dentaires	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Inlay simple, onlay	+ 100 % de la BR	+ 300 % de la BR
Prothèses dentaires	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR
Orthodontie	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires ⁽²⁾	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR
Implants dentaires (sur la base de l'implant dentaire remboursé par la Sécurité sociale HBLD418) ⁽³⁾	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR

Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾

Postes	Option 1	Option 2
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné
Optique :		
sauf évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement (2 verres + 1 monture) n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes, suivant l'acquisition du précédent équipement ⁽⁴⁾		
Monture	+ forfait de 30 €	+ forfait de 50 €
Verres (la paire)	+ montants indiqués dans la grille optique page 17	+ montants indiqués dans la grille optique page 17
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	+ Crédit de 100 € par année	+ Crédit de 300 € par année
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁵⁾	+ 50 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 50 € par acte limité à 4 actes par année civile

D.P.T.M. = DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR : C.A.S. = CONTRAT D'ACCES AUX SOINS - OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE - OPTAMCO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS.

FR = FRAIS REELS. - **BR** = BASE DE REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE. - **RSS** = REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE.

PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE, SOIT 3269 € AU 1ER JANVIER 2017 (VOUS POUVEZ RETROUVER LA VALEUR DU PMSS A L'ADRESSE INTERNET : WWW.AMELI.FR/EMPLOYEURS/VOS-DEMARCHES/CHIFFRES-UTILES/PLAFOND-DE-LA-SECURITE-SOCIALE.PHP).

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES PAR LES BENEFICIAIRES.

(2) ACTES PRIS EN CHARGE DANS CE POSTE : COURONNES DENTAIRES (**HBLD038, HBLD036**, A L'EXCLUSION DES COURONNES OU DENTS A TENON PREFABRIQUEES, COURONNES OU DENTS A TENONS PROVISOIRES, COURONNES A RECouvreMENT PARTIEL), PROTHESES SUPRA IMPLANTAIRES (**HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171**), BRIDGES (**HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023**) AINSI QUE LES ACTES ANNEXES S'Y RAPPORANT (**HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087**) A L'EXCLUSION DES PROTHESES DENTAIRES SUR DENTS TEMPORAIRES, PROTHESES DENTAIRES OU DENTS A TENON PREFABRIQUEES, PROTHESES DENTAIRES OU DENTS A TENONS PROVISOIRES, LES PILIERS DE BRIDGE A RECouvreMENT PARTIEL.

(3) POSE D'UN IMPLANT A L'EXCLUSION DE TOUT ACTE ANNEXE (SCANNER, PILIER, COURONNE).

(4) POUR L'APPRECIATION DE LA PERIODE PERMETTANT UN RENOUVELLEMENT, LE POINT DE DEPART EST FIXE A LA DATE D'ACQUISITION D'UN EQUIPEMENT OPTIQUE (OU DU PREMIER ELEMENT DE L'EQUIPEMENT DANS L'HYPOTHESE D'UN REMBOURSEMENT DEMANDE EN DEUX TEMPS). LA PERIODE DE RENOUVELLEMENT DE L'EQUIPEMENT POUR LES ADULTES EST REDUITE A 1 AN EN CAS DE RENOUVELLEMENT JUSTIFIE PAR UNE EVOLUTION DE LA VUE. LA JUSTIFICATION DE L'EVOLUTION DE LA VUE SE FONDE SOIT SUR LA PRESENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MEDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFERENTE DE LA PRECEDENTE, SOIT SUR LA PRESENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTEES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ETRE COMPAREE A CELLE DU DERNIER EQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT **PAR L'ASSUREUR.**

(5) SI INTERVENTION DANS LE CADRE DE PRATICIEN INSCRIT AUPRES D'UNE ASSOCIATION AGREEEE.

GRILLE OPTIQUE

Adultes (âgé de 18 ans et plus)

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre ⁽¹⁾	
				Option 1	Option 2
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 50 €	+ 130 €
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 50 €	+ 130 €
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 50 €	+ 130 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 50 €	+ 130 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2290396 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 50 €	+ 130 €
2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 50 €	+ 130 €
2245384 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 50 €	+ 130 €
2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 50 €	+ 130 €
2227038 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 50 €	+ 130 €
2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 50 €	+ 130 €
2202239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 50 €	+ 130 €
2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 50 €	+ 130 €

GRILLE OPTIQUE

Enfants (moins de 18 ans)

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre ⁽¹⁾	
				Option 1	Option 2
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 50 €	+ 130 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 50 €	+ 130 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 50 €	+ 130 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 60 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 50 €	+ 130 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 50 €	+ 130 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 130 €
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 50 €	+ 130 €
2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 50 €	+ 130 €
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 50 €	+ 130 €
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 50 €	+ 130 €
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 50 €	+ 130 €
2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 50 €	+ 130 €
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 50 €	+ 130 €
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 50 €	+ 130 €

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT-ELLES ?

POUR VOUS-MEME

- en cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire ;
- en cas de non-paiement des cotisations.
Dans ce cas, la résiliation s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires.

POUR VOS EVENTUELS AYANTS DROIT

- en cas de résiliation de votre part ;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de base facultatif ;
- en cas de non-paiement des cotisations.
Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS : en cas de non-paiement des cotisations, la résiliation du régime surcomplémentaire du salarié ou des ayants droit entraîne la résiliation de ce régime pour l'ensemble des bénéficiaires.

PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?

Vous pouvez changer d'option au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception. Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à l'une des options.

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

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

Tout changement d'option concernera l'ensemble des personnes assurées.

LES GARANTIES PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

Lorsque vous bénéficiez, en tant qu'ancien salarié, du maintien de vos garanties obligatoires au titre du dispositif de portabilité détaillé page 10 de la présente notice (voir chapitre « votre régime obligatoire »), vous pouvez demander le maintien de vos garanties du régime surcomplémentaire facultatif, pour vous-même et pour vos bénéficiaires. Ce maintien de garanties s'effectue dans les mêmes limites, conditions et formalités que le dispositif de portabilité du régime de base.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

DURÉE DE L’AFFILIATION

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

COTISATIONS

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

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

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de l’échéance, il vous est adressé une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement.

Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, vous êtes informé de la cessation automatique des garanties.

INDEXATION

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier par l’application d’un taux qui dépend :

- de l’évolution des dépenses de santé prévue (éléments fournis par les Caisses nationales d’assurance maladie) ;
 - de l’équilibre global du portefeuille de l’Institution.
- Cette indexation vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d’effet prévue.

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

À défaut d’opposition notifiée sur l’indexation avant le 10 décembre de l’année en cours, les cotisations indexées s’appliquent de plein droit.

ADHÉSION À DISTANCE

DÉFINITION

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

ÉLÉMENTS COMMUNIQUÉS À L’ASSURÉ

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

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

contrepartie de la prise d'effet des garanties, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.

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

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée. En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l'organisme assureur ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le souscripteur. La personne en contact avec le souscripteur doit en outre préciser son identité et son lien avec l'organisme assureur.

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

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

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

DÉFINITION

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

DROIT À RENONCIATION

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

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'Institution est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

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

MODÈLE DE RENONCIATION

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

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

« J'ai souscrit une adhésion auprès de votre organisme le ____ / ____ / ____, sous le numéro _____.
Le contrat a été souscrit à distance ou suite à mon démarchage (rayer la mention inutile).
Après réflexion, et comme 14 jours ne se sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'affiliation (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion.

Date et Signature »

GÉNÉRALITÉS

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

EXCLUSIONS

Sauf indication contraire figurant dans le résumé des garanties, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

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

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

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

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 DES GARANTIES

- **Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale** : lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'assureur.
- **Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux** : le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.
- **Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles)** : le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.
- **Actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait** : le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'assureur.
- **Pharmacie** : pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire se fera également sur cette base.
- **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. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, tout autre éventuel régime complémentaire frais de santé et la présente garantie.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par 2 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 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 prévues 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'Institution à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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 qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

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

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Emile 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 Cambacérès - 75008 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE

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

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

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

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6

janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE - À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés - 104/110 bd Haussmann - 75379 PARIS Cedex 08, ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.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** et vous y joignez :

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

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

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

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

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 au centre de gestion l'ensemble des informations concernant vos remboursements ; si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à la CPAM uniquement**. Si cette procédure n'est pas encore en service, ou si un ayant droit ne peut bénéficier du système « NOEMIE », vous devez adresser au centre de gestion

l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

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

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

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

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

L'Institution adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées.

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

inscription.ag2ramondiale.fr/connexion

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

À défaut de télétransmission par les organismes de base, il convient d'adresser au centre de gestion :

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

Cependant, à tout moment, il peut vous être demandé 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 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 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 au centre de gestion une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre régime de base ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

La facture devra comporter le cachet de votre médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

Il pourra vous être demandé de fournir tous devis ou factures relatifs, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Ces devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'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

La carte de tiers payant vous permet une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par la dite carte (articles L 871-1 et R 871-1 du Code de la Sécurité Sociale). Elle vous est remise après enregistrement de votre affiliation.

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

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

La carte 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.

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 une facture acquittée que vous transmettez à votre centre de gestion pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement conventionné (uniquement), le centre de gestion 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 :

- **sur place : en présentant votre carte de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous ;**
- **ou par téléphone au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).**

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 vous connectant à votre espace client sur www.ag2rlamondiale.fr ;
- avec l'application mobile Ma Santé téléchargeable sur www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante ;
- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

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.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

EN CAS DE POSE D'UNE PROTHESE DENTAIRE

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

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

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

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

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Le 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 une 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.

Nature des frais	Frais réels	Base de remboursement	Sécurité sociale	Remboursements		Reste à votre charge
				Régimes	AG2R Réunica Prévoyance ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾	50 €	30 €	20 € ⁽³⁾	Base	24 €	6 €
				Base + option 1	29 €	1 €
				Base + option 2	29 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale Couronne céramique	400 €	107,50 €	75,25 €	Base	166,63 €	158,12 €
				Base + option 1	220,38 €	104,37 €
				Base + option 2	324,75 €	0 €
Optique adulte						
Monture	150 €	2,84 €	1,70 €	Base	100 €	48,30 €
				Base + option 1	130 €	18,30 €
				Base + option 2	148,30 €	0 €
Verres (la paire)	450 €	14,64 € ⁽⁴⁾	8,78 €	Base	300 €	141,22 €
				Base + option 1	400 €	41,22 €
				Base + option 2	441,22 €	0 €

(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.

LEXIQUE

FRAIS RÉELS (FR)
total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)
tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.

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 1er 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..

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

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITES INTERNET

www.ag2ramondiale.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 client » 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 Commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet dans la liste déroulante prévue à cet effet.

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

Pour votre affiliation

AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES Cedex 09

Pour vos prestations

AG2R LA MONDIALE
TSA 80001
69955 LYON CEDEX 20

AG2R LA MONDIALE
0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

MES SERVICES

DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ »

L'application mobile « Ma Santé » a été conçue pour vous aider à bénéficier du tiers payant.

- Localisez les pharmaciens, médecins, dentistes, opticiens et autres professionnels de santé qui acceptent votre carte de tiers payant autour de vous.
- Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-santedecouvrir-l-application-mobile-ma-sante

L'APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ » EN DÉTAIL Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

- Saisissez votre identifiant (même identifiant que votre espace client) pour accéder aux fonctionnalités de l'application.
- Géolocalisez-vous ou renseignez l'adresse de votre choix. Vous aurez ensuite accès aux professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, dentistes, opticiens...) conventionnés auprès de votre réseau de tiers payant, les plus proches de vous ou de l'adresse renseignée.
- Affichez ensuite votre carte de tiers payant dématérialisée. Grâce à l'application « Ma Santé », votre carte est toujours à jour et à portée de main. C'est l'assurance de bénéficier du tiers payant, même en cas d'oubli de votre carte papier.
Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

LES AUTRES SERVICES SANTÉ

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- **Demander en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol) :** en cas de perte de votre carte de tiers payant ou si vous souhaitez obtenir un duplicata de votre carte pour un membre de votre famille, vous pouvez effectuer une demande de réédition de votre carte depuis votre espace client AG2R LA MONDIALE. Un service simple, gratuit et rapide.
- **Localiser un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant près de chez vous :** avec notre Groupe, vous bénéficiez d'avantages négociés auprès de nos opticiens et de nos audioprothésistes

partenaires. Choisir AG2R LA MONDIALE, c'est choisir un groupe qui vous propose une gamme complète de services pour votre santé à des prix adaptés à votre budget.

- **Recevoir une alerte remboursement santé par e-mail :** avec le service de suivi des remboursements santé, recevez une alerte par e-mail lorsqu'un remboursement est effectué sur votre compte bancaire. Un service gratuit, disponible 7j/7, 24h/24.

DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « SERVICE CLIENT »

Nous vous proposons un service de relation client mobile « Service Client », avec des réponses aux questions les plus fréquentes (FAQ), les numéros de téléphone des différents services et des indications sur la disponibilité des centres de relation client.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html

- **La Foire aux Questions (FAQ)**
La foire aux questions propose des réponses qualifiées aux demandes les plus fréquentes que vous pouvez formuler sur un thème donné. Vous pouvez ainsi trouver directement sur votre téléphone mobile la réponse que vous cherchiez sans devoir contacter votre service client.
- **Les numéros de service client**
Les numéros de téléphone de l'ensemble des services de relation client sont préprogrammés et disponibles dans l'application. Vous n'avez plus à chercher ces numéros dans vos dossiers.
- **La disponibilité du service client**
L'application mentionne pour chaque numéro de téléphone les plages horaires d'ouverture des services. Elle mentionne également à titre indicatif les meilleures périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps.
Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

NOUVEAUTÉ : FAITES-VOUS RAPPELER !

Ne perdez plus de temps, soyez rappelé au numéro de votre choix dès qu'un conseiller est disponible. Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

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 & Invalidité

Décès

Dépendance

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 de Fin de Carrière (IFC)

Indemnités de licenciement (IL)

ENGAGEMENT SOCIÉTAL

Prévention et conseil social

Accompagnement