



AG2R LA MONDIALE

NOTICE D'INFORMATION

SANTÉ

Régimes complémentaire obligatoire et surcomplémentaire facultatif

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS D'HOSPITALISATION, DE SOINS, DE CURE ET DE GARDE À BUT NON LUCRATIF
Ensemble du personnel

SOMMAIRE

VOTRE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE BASE OBLIGATOIRE	4
RÉSUMÉ DE LA GARANTIE	4
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	6
QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?	6
COTISATIONS	6
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?.....	6
QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?	6
QUAND CESSE-T-ELLE ?.....	6
LA GARANTIE PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?	7
VOTRE RÉGIME DE BASE FACULTATIF POUR VOS AYANTS DROIT	9
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	9
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE REGIME ?.....	9
COTISATIONS	9
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?.....	9
QUAND DÉBUTE LA GARANTIE POUR VOS AYANTS DROIT?	9
QUAND CESSE-T-ELLE ?.....	10
VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF	11
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	14
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?	14
COTISATIONS	14
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?.....	15
QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?	15
QUAND CESSE-T-ELLE ?.....	15
PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?	15
ADHÉSION À DISTANCE	15
ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ	16
DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE ET SURCOMPLÉMENTAIRES FACULTATIFS.....	18
EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE	18
PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	18
RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	19
PRESCRIPTION.....	19
RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	19
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	19
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	19
MODALITÉS DE GESTION	20
COMMENT VOUS AFFILIER ?	20
COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?	20
TIERS PAYANT.....	21
ACCORDS DE PRISE EN CHARGE	21
QUELQUES INFORMATIONS UTILES	22
POUR TOUT RENSEIGNEMENT	23
LES SERVICES SANTÉ	24
TÉLÉCHARGEZ GRATUITEMENT LE LOGICIEL « SERVICE SANTÉ »	24
VOTRE APPLICATION MOBILE : MA SANTÉ	24

VOTRE ENTREPRISE, RELEVANT DE LA BRANCHE DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS D'HOSPITALISATION, DE SOINS, DE CURE ET DE GARDE À BUT NON LUCRATIF [BROCHURE CCN N°3198], A MIS EN PLACE UNE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE AU PROFIT DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL.

Cette garantie comprend :

- **un régime complémentaire de base**, obligatoire pour vous-même, facultatif pour vos éventuels ayants droit ;
- **un régime surcomplémentaire facultatif**, composé de **deux options au choix**, si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime complémentaire.

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

La garantie figurant dans la présente notice est assurée par AG2R RÉUNICA Prévoyance (dénommée « l'Institution » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE.

La NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Elle s'applique à compter du 1^{er} janvier 2016.

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 DE BASE OBLIGATOIRE

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les niveaux des prestations indiquées ci-dessous s'entendent **y compris** la part de la Sécurité sociale.

Postes	Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾ secteur conventionné/non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	100 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	100 % BR
Forfait hospitalier (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR
Transport accepté par la Sécurité sociale	
Transport	100 % BR
Actes médicaux	
Généralistes, spécialistes ⁽²⁾	100 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % BR
Appareillages acceptés par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR
Optique : sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une 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. ⁽³⁾	
Monture	RSS + 50 €
Verres	RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE pages 5 et 6
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale jetables	100 % BR + crédit de 30 € / année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris jetables	Crédit de 30 € / année civile
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR
Inlay simple, onlay	125 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	125 % BR
Inlay core simple ou à clavette	125 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125 % BR
Actes de prévention	
Voir liste des actes de prévention ci-dessous ⁽⁴⁾	100 % BR

BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.. FR = FRAIS RÉELS. RSS = REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES.

(2) MÉDECINS ADHÉRENTS AU C.A.S. OU NON ADHÉRENTS AU C.A.S.

(3) POUR L'APPRÉCIATION DE LA PÉRIODE PERMETTANT UN RENOUELEMENT, 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 RENOUELEMENT DE L'ÉQUIPEMENT POUR LES ADULTES EST RÉDUITE À UN AN EN CAS DE RENOUELEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE. LA JUSTIFICATION DE L'ÉVOLUTION DE LA VUE SE FONDÉ SOIT SUR LA PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MÉDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE, SOIT SUR LA PRÉSENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTÉES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ÊTRE COMPARÉE À CELLE DU DERNIER ÉQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT PAR L'ASSUREUR.

(4) LISTE DES ACTES DE PRÉVENTION PRIS EN COMPTE :

- SCELLEMENT PROPHYLACTIQUE DES PUIXS, SILLONS ET FISSURES, SOUS RÉSERVE QUE L'ACTE SOIT EFFECTUÉ SUR LES PREMIÈRE ET DEUXIÈME MOLAIRES PERMANENTES, QU'IL N'INTERVIENNE QU'UNE FOIS PAR DENT ET QU'IL SOIT RÉALISÉ EN CAS DE RISQUES CARIEUX ET AVANT 14 ANS
- DÉTARTRAGE ANNUEL COMPLET SUS ET SOUS-GINGIVAL, EFFECTUÉ EN 2 SÉANCES MAXIMUM

- PREMIER BILAN DU LANGAGE ORAL ET/OU BILAN D'APTITUDES À L'ACQUISITION DU LANGAGE ÉCRIT POUR 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 + DE 50 ANS POUR 1 DES ACTES SUIVANTS :
 - A) AUDIOMÉTRIE TONALE OU VOCALE ;
 - B) AUDIOMÉTRIE TONALE AVEC TYMPANOMÉTRIE ;
 - C) AUDIOMÉTRIE VOCALE DANS LE BRUIT ;
 - D) AUDIOMÉTRIE TONALE ET VOCALE ;
 - E) AUDIOMÉTRIE TONALE ET VOCALE AVEC TYMPANOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE POUR LES FEMMES DE PLUS DE 50 ANS, 1 FOIS TOUS LES 6 ANS
- VACCINATIONS SUIVANTES, SEULES OU COMBINÉES :
 - A) DIPHTÉRIE, TÉTANOS ET POLIOMYÉLITE : TOUS ÂGES ;
 - B) COQUELUCHE : AVANT 14 ANS ;
 - C) HÉPATITE B : AVANT 14 ANS ;
 - D) BCG : AVANT 6 ANS ;
 - E) RUBÉOLE POUR LES ADOLESCENTES QUI N'ONT PAS ÉTÉ VACCINÉES ET POUR LES FEMMES NON IMMUNISÉES DÉSIRANT UN ENFANT ;
 - F) HAEMOPHILUS INFLUENZAE B - INFECTIONS À L'ORIGINE DE LA MÉNINGITE DE L'ENFANT ;
 - G) VACCINATION CONTRE LES INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUES POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 18 MOIS.

GRILLE OPTIQUE

Verres unifocaux

Adulte ou enfant ⁽¹⁾	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	40 €
	2287916	Sphérique	de -6 à +6	40 €
Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	40 €
	2242457	Sphérique	de -6 à +6	40 €
Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
	2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
	2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
	2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
	2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
	2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
	2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
Adulte	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
	2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
	2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
	2226412	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
	2270413	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
	2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
	2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
Adulte	2212976	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
	2252668	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
Enfant	2238941	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
	2268385	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
Adulte	2288519	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
	2299523	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
Enfant	2245036	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
	2206800	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €

(1) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^E ANNIVERSAIRE.

Verres multifocaux

Adulte ou enfant ⁽¹⁾	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
Adulte	2290396	Sphérique	De -4 à +4	80 €
	2291183	Sphérique	De -4 à +4	80 €
Enfant	2259245	Sphérique	De -4 à +4	80 €
	2264045	Sphérique	De -4 à +4	80 €
Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	80 €
	2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	80 €
Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	80 €
	2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	80 €
Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	80 €
	2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	80 €
Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	80 €
	2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	80 €
Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	80 €
	2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	80 €
Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	80 €
	2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	80 €

(1) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^E ANNIVERSAIRE.

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Vous faire bénéficier d'une complémentaire santé prise en charge en partie par votre entreprise, en complément des remboursements de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Pour procéder à votre affiliation, complétez la partie « adhésion obligatoire » du bulletin d'affiliation santé, puis remettez-le à votre employeur, accompagné des pièces justificatives (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire...).

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

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant de la branche des Établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif.

COTISATIONS

Les cotisations de votre régime complémentaire obligatoire sont réparties entre l'employeur et le salarié. Le prélèvement de votre quote-part est effectué directement par votre employeur sur votre bulletin de salaire mensuellement. Les cotisations sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

En cas d'arrêt de travail du salarié, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation, tant patronale que salariale.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

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 ?

- Au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le 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.

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.

LA GARANTIE PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

La garantie est maintenue, 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 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

La garantie est maintenue 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 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 et / ou l'ancien salarié doit :

- signaler le maintien de la garantie dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- 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.

AYANTS DROIT DU SALARIÉ : le maintien de la garantie au titre de la portabilité ne s'applique pas aux éventuels ayants droit de l'ancien salarié.

EN CAS DE CESSATION DE LA GARANTIE : LOI ÉVIN

Maintien de la garantie au profit de l'ancien salarié

Dans le cadre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi Évin ») et de son décret d'application n°90-769 du 30 août 1990, l'ancien salarié peut bénéficier de la poursuite de sa couverture frais de santé, moyennant paiement des cotisations correspondantes, à condition :

- de bénéficier d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou d'une pension de retraite, ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement ;
- d'en faire la demande dans les **6 mois** qui suivent la rupture de son contrat de travail (ou dans les **6 mois** suivant l'expiration de la période de maintien de la garantie au titre du dispositif de portabilité).

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

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'exams ou questionnaires médicaux. La garantie est maintenue au même niveau que celle dont bénéficiait l'ancien salarié lorsqu'il était en activité.

Maintien de la garantie au profit des ayants droit du salarié décédé

Les ayants droit du salarié décédé peuvent bénéficier du maintien de la garantie du régime complémentaire de base obligatoire à titre gratuit, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de 6 mois maximum à compter du décès.

VOTRE RÉGIME DE BASE FACULTATIF POUR VOS AYANTS DROIT

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Faire bénéficier votre famille des prestations de votre régime complémentaire de base, détaillées au tableau de la garantie pages 4 et suivantes de la présente notice, dans la limite des frais réellement engagés.

Le régime facultatif n'est applicable que si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Pour en bénéficier, complétez la partie « adhésion facultative – ayants droit » du bulletin d'affiliation santé.

Attention : en cas de modification de la situation de vos ayants droit (changement d'adresse, de coordonnées bancaires...), informez-en votre centre de gestion.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE RÉGIME ?

Sous réserve 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.

Sous réserve du paiement d'une cotisation « par enfant »

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

ATTENTION : 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 ».

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).

COTISATIONS

Les cotisations du régime facultatif de base de vos ayants droit sont exclusivement à votre charge, et sont prélevées mensuellement et 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.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Sont pris en charge au titre du régime facultatif de base, tous les actes et frais mentionnés au résumé de la garantie du régime de base obligatoire pages 4 et suivantes de la présente notice, courant sur la période de garantie.

Les prestations de l'Institution du régime de base facultatif de vos ayants droit s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Elles sont calculées selon les mêmes modalités que celles de votre régime de base obligatoire.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE POUR VOS AYANTS DROIT ?

- À la même date que vous-même si le choix est fait dans les 2 mois suivant votre affiliation au régime de complémentaire obligatoire de base ;
- à défaut, le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la réception de la demande de couverture de vos ayants droit ;
- ou le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la demande formulée auprès de l'Institution, en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, ...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle du conjoint, concubin, partenaire de PACS (notamment en cas d'embauche,

licenciement, changement de statut salarié). La demande devra être faite dans les 30 jours qui suivent l'évènement, à défaut les garanties prendront effet au 1^{er} janvier qui suit la date de la demande.

Dans tous les cas, la garantie s'applique sans délai d'attente.

QUAND CESSE-T-ELLE ?

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

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.

VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

Le régime facultatif n'est applicable que si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Le régime complémentaire facultatif se compose de **deux options**. Les niveaux des prestations indiquées ci-dessous s'entendent **en complément** des prestations du régime complémentaire obligatoire de base.

Postes	Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾ secteur conventionné/non conventionné	
	Option 1	Option 2
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 120 % BR ⁽²⁾	+ 200 % BR ⁽²⁾
• pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 100 % BR ⁽²⁾	+ 100 % BR ⁽²⁾
Frais de séjour (en secteur conventionné uniquement)	+ 100 % BR ⁽²⁾	+ 200 % BR ⁽²⁾
Chambre particulière	+ 2 % PMSS / jour (soit 64,36 € au 01/01/2016)	+ 3 % PMSS / jour (soit 96,54 € au 01/01/2016)
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation de justificatif)	+ 1,5 % PMSS / jour (soit 48,27 € au 01/01/2016)	+ 3 % PMSS / jour (soit 96,54 € au 01/01/2016)
Actes médicaux		
Spécialistes		
• pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 100 % BR	+ 120 % BR
• pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 80 % BR	+ 100 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Médecin adhérent au C.A.S.	+ 70 % BR	+ 70 % BR
• Médecin non adhérent au C.A.S.	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Médecin adhérent au C.A.S.	+ 45 % BR	+ 70 % BR
• Médecin non adhérent au C.A.S.	+ 25 % BR	+ 50 % BR
Appareillages acceptés par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives	+ 18 % PMSS / appareil, limité à 2 appareils / année civile (soit 579,24 € au 01/01/2016)	+ 43 % PMSS / appareil, limité à 2 appareils / année civile (soit 1383,74 € au 01/01/2016)
Orthopédie et autres prothèses	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Optique : sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une 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. ⁽³⁾		
Monture adulte	+ 80 €	+ 100 €
Monture enfant ⁽⁴⁾	+ 40 €	+ 50 €
Verres	montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE pages 12 et 13	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ crédit de 65 € / année civile	+ crédit de 176 € / année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris jetables	+ crédit de 65 € / année civile	+ crédit de 176 € / année civile
Dentaire		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale		
• Incisives, canines, prémolaires	Limité à 3 prothèses par année civile + 125 % BR	+ 325 % BR
• Molaires	+ 95 % BR	+ 225 % BR
Inlay core simple ou à clavette	+ 25 % BR	+ 75 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	Crédit de 7 % PMSS (soit 225,26 € au 01/01/2016)	Crédit de 10 % PMSS (soit 321,80 € au 01/01/2016)

Postes	Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾ secteur conventionné/non conventionné	
	Option 1	Option 2
Implants dentaires ⁽⁶⁾	Crédit de 20 % PMSS (soit 643,60 € au 01/01/2016)	Crédit de 25 % PMSS (soit 804,50 € au 01/01/2016)
Parodontologie ⁽⁷⁾	Néant	Crédit de 1500 € / année civile
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	+ 175 % BR	+ 225 % BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	+ 250 % BR	+ 250 % BR

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Frais de voyage et hébergement	+ 100 % BR	+ 100 % BR

Actes hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, psychomotricien pour les enfants ⁽⁸⁾	Néant	25 € / acte, limité à 4 actes / année civile
--	-------	--

C.A.S. = CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS. FR = FRAIS RÉELS. BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE. RSS = REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SOIT 3218 € AU 1ER JANVIER 2016 (VOUS POUVEZ RETROUVER LA VALEUR DU PMSS À L'ADRESSE INTERNET : WWW.AMELI.FR/EMPLOYEURS/VOS-DEMARCHES/CHIFFRES-UTILES/PLAFOND-DE-LA-SECURITE-SOCIALE.PHP).

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES.

(2) POUR LES ACTES ET HONORAIRES DE CE POSTE, LES FRAIS ENGAGÉS EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ NE DONNENT PAS LIEU À REMBOURSEMENT.

(3) POUR L'APPRÉCIATION DE LA PÉRIODE PERMETTANT UN RENOUVELLEMENT, LE POINT DE DÉPART EST FIXÉ À LA DATE D'ACQUISITION D'UN ÉQUIPEMENT OPTIQUE (OU DU PREMIER ÉLÉMENT DE L'ÉQUIPEMENT DANS L'HYPOTHÈSE D'UN REMBOURSEMENT DEMANDÉ EN DEUX TEMPS). LA PÉRIODE DE RENOUVELLEMENT DE L'ÉQUIPEMENT POUR LES ADULTES EST RÉDUITE À UN AN EN CAS DE RENOUVELLEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE.

LA JUSTIFICATION DE L'ÉVOLUTION DE LA VUE SE FONDE SOIT SUR LA PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MÉDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE, SOIT SUR LA PRÉSENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTÉES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ÊTRE COMPARÉE À CELLE DU DERNIER ÉQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT PAR L'ASSUREUR.

(4) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^E ANNIVERSAIRE.

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

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

(7) À L'EXCLUSION D'ACTES RÉALISÉS DANS LE CADRE DE TRAITEMENT IMPLANTAIRE, PROTHÉTIQUE OU ENDODONTIQUE.

(8) SI INTERVENTION DANS LE CADRE DE PRATICIEN INSCRIT AUPRÈS D'UNE ASSOCIATION AGRÉÉE.

GRILLE OPTIQUE

Verres unifocaux

Adulte ou enfant ⁽¹⁾	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre	
				Option 1	Option 2
Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	+ 35 €	+ 50 €
	2287916	Sphérique	de -6 à +6	+ 35 €	+ 50 €
Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	+ 15 €	+ 20 €
	2242457	Sphérique	de -6 à +6	+ 15 €	+ 20 €
Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 35 €
	2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 35 €
	2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 35 €
	2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 35 €
Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Néant	+ 5 €
	2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Néant	+ 5 €
	2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Néant	+ 5 €
	2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Néant	+ 5 €

Adulte ou enfant ⁽¹⁾	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre	
				Option 1	Option 2
Adulte	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 50 €	+ 55 €
	2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 50 €	+ 55 €
Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 20 €	+ 25 €
	2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 20 €	+ 25 €
Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 45 €	+ 60 €
	2226412	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 45 €	+ 60 €
Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 25 €	+ 30 €
	2270413	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 25 €	+ 30 €
Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 35 €	+ 45 €
	2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 35 €	+ 45 €
Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 10 €	+ 15 €
	2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 10 €	+ 15 €
Adulte	2212976	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 60 €	+ 65 €
	2252668	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 60 €	+ 65 €
Enfant	2238941	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 35 €
	2268385	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 35 €
Adulte	2288519	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 75 €	+ 85 €
	2299523	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 75 €	+ 85 €
Enfant	2245036	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 55 €
	2206800	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 50 €	+ 55 €

(1) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^E ANNIVERSAIRE.

Verres multifocaux

Adulte ou enfant ⁽¹⁾	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre	
				Option 1	Option 2
Adulte	2290396	Sphérique	De -4 à +4	+ 80 €	+ 100 €
	2291183	Sphérique	De -4 à +4	+ 80 €	+ 100 €
Enfant	2259245	Sphérique	De -4 à +4	+ 35 €	+ 40 €
	2264045	Sphérique	De -4 à +4	+ 35 €	+ 40 €
Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 95 €	+ 120 €
	2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 95 €	+ 120 €
Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 55 €	+ 60 €
	2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 55 €	+ 60 €
Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 100 €	+ 130 €
	2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 100 €	+ 130 €
Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 65 €	+ 70 €
	2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 65 €	+ 70 €
Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 120 €	+ 150 €
	2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 120 €	+ 150 €
Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 85 €	+ 90 €
	2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 85 €	+ 90 €

(1) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^E ANNIVERSAIRE.

EXEMPLES

Législation en vigueur en janvier 2016.

Nature des frais	Frais réels	Base de remboursement	Sécurité sociale	Remboursements AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾	Reste à votre charge
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Régime de base	60,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	8,40 €	33,00 €
Régime de base + option 1	60,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	36,40 €	5,00 €
Régime de base + option 2	60,00 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	40,40 €	1,00 €
Prothèse dentaire ⁽⁴⁾ remboursée Sécurité sociale					
Régime de base	500,00 €	107,50 €	75,25 €	59,12 €	365,63 €
Régime de base + option 1	500,00 €	107,50 €	75,25 €	193,50 €	231,25 €
Régime de base + option 2	500,00 €	107,50 €	75,25 €	408,50 €	16,25 €
Monture					
Régime de base	150,00 €	2,84 €	1,70 €	50,00 €	98,30 €
Régime de base + option 1	150,00 €	2,84 €	1,70 €	130,00 €	18,30 €
Régime de base + option 2	150,00 €	2,84 €	1,70 €	148,30 €	0,00 €
Verres (la paire)					
Régime de base	200,00 €	14,64 € ⁽⁵⁾	8,78 €	80,00 €	111,22 €
Régime de base + option 1	200,00 €	14,64 € ⁽⁵⁾	8,78 €	150,00 €	41,22 €
Régime de base + option 2	200,00 €	14,64 € ⁽⁵⁾	8,78 €	180,00 €	11,22 €

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS RESTANT À CHARGE.

(2) DANS LE CADRE DU PARCOURS COORDONNÉ, CHEZ UN MÉDECIN CORRESPONDANT DE SECTEUR 2 (À HONORAIRES MAÎTRISÉS), SUR AVIS DU MÉDECIN TRAITANT.

(3) CET EXEMPLE TIEN COMPTE DE LA CONTRIBUTION FORFAITAIRE DE 1 € LAISSÉE À VOTRE CHARGE (ARTICLE L. 322-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE).

(4) EXEMPLE POUR UNE PROTHÈSE SUR PRÉMOLAIRE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.

(5) EXEMPLE POUR UN VERRE BLANC SIMPLES FOYERS, DE SPHÈRE DE - 6,00 À + 6,00, POUR LES ADULTES.

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Vous faire bénéficier, ainsi que votre famille le cas échéant, d'un régime frais de santé surcomplémentaire facultatif, pour renforcer le régime complémentaire de base obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Ce régime se compose de deux options, au choix.

Pour en bénéficier, il est indispensable d'être affilié au régime complémentaire de base obligatoire.

Tous les bénéficiaires affiliés, salarié et ayants droit, doivent opter pour la même option.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

Sous réserve du paiement d'une cotisation « par adulte »

- Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant de la branche des Établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif ;
- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité.

Sous réserve du paiement d'une cotisation « par enfant »

- Vos enfants à charge (voir définition page 9).

ATTENTION : 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 ».

COTISATIONS

Pour vous comme pour vos ayants droit

Les cotisations « par adulte » et « par enfant » 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.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans les tableaux des garanties pages 11 et suivantes.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- À la même date que votre affiliation au régime complémentaire de base obligatoire, si le choix est fait dans les 2 mois suivant votre affiliation au régime de complémentaire de base obligatoire ;
- à défaut, le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la réception de la demande d'affiliation.

Les ayants droit n'ayant pas été rattachés au contrat lors de votre affiliation pourront être rattachés ultérieurement ; leur affiliation sera effective le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande.

La garantie s'appliquera sans délai d'attente.

QUAND CESSE-T-ELLE ?

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires :

- À l'expiration du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail, ou jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime complémentaire obligatoire ;
- 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.

La garantie peut être suspendue en cas de non-paiement des cotisations.

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

PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?

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 garanties.

Si dans les 2 mois précédant votre demande de changement, vous justifiez d'une modification de situation familiale pour mariage, signature d'un pacte civil de solidarité, 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.

Le changement d'option concerne l'ensemble des bénéficiaires. En tout état de cause, l'ensemble de vos ayants droit doit bénéficier du même niveau de garantie que celui dont vous bénéficiez, avant comme après la date d'effet du changement de niveau de garantie.

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, l'adresse de son siège social, lorsque l'organisme assureur est inscrit au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;

2/ le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci ;

3/ la durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;

4/ la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5/ l'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6/ la loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat ;

7/ les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

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

DROIT À RENONCIATION

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

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

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

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

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

DÉFINITION

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

DROIT À RENONCIATION

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

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion par l'assuré.

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

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

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

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

MODÈLE DE RENONCIATION

La demande de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance doit être adressée à votre organisme assureur gestionnaire.

Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

J'ai souscrit une adhésion pour le régime frais de santé facultatif auprès de votre organisme
le ____ / ____ / ____, sous le numéro _____

Le contrat a été souscrit à distance ou suite à mon démarchage (rayer la mention inutile).

Après réflexion, et comme quatorze jours ne se sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion.

Date et Signature

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE ET SURCOMPLÉMENTAIRES FACULTATIFS

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 résumé de la garantie, 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 ;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

LIMITES DE LA GARANTIE

Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale : lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'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.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

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

La garantie accordée à un conjoint ou concubin affilié à un régime de Sécurité sociale autre que celui des salariés ne peut dépasser celle qui aurait été accordée s'il avait bénéficié du régime des salariés.

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 – 35 boulevard Brune - 75014 Paris

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola - Mons en Baroeul – 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord sur la réponse donnée par le conciliateur, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès - 75008 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers de l'Institution, auprès de AG2R LA MONDIALE – Correspondant Informatique et Libertés – 104 -110 Boulevard Haussmann – 75379 PARIS Cedex 08.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

MODALITÉS DE GESTION

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

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

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

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

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

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet : www.ag2rlamondiale.fr/particulier.

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

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

Cependant, à tout moment, 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 l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie, le psychologue et le psychomotricien pour les enfants, 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 ;
- 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

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

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

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

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

CARTE TIERS PAYANT TERCIANE : pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte tiers payant Terciane ; votre carte vous évite l'avance de frais. Attention : lorsque vous bénéficiez du tiers payant pharmaceutique « Sécurité sociale » et que vous ne présentez pas votre carte tiers payant Terciane, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien. Dans ce cas, votre pharmacien doit vous remettre l'un des volets de la facture subrogatoire ou une facture acquittée que vous transmettez à votre centre de gestion pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

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 le forfait hospitalier et, le cas échéant, la chambre particulière, sur la base de la garantie souscrite. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

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

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

- en LIGNE : saisissez votre demande de prise en charge hospitalisation sur notre site Internet www.ag2rlamondiale.fr/particulier
- par TÉLÉPHONE au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé) ;
- sur PLACE : en présentant votre carte Terciane pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous.

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

Votre opticien envoie un devis détaillé au centre de gestion. 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 : www.ag2rlamondiale.fr/particulier

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

EN CAS DE POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE

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

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

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

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

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

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

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE / FRANCHISE

Participation forfaitaire d'un euro

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

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

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

Franchise

C'est 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.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITES INTERNET

- www.ag2rlamondiale.fr/particulier vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace clients ».
- www.terciane.com est dédié à la gestion des prestations. En vous abonnant gratuitement, vous pouvez recevoir vos décomptes sous format électronique directement dans votre messagerie ou consulter en ligne vos décomptes.

LES SERVICES SANTÉ

TÉLÉCHARGEZ GRATUITEMENT LE LOGICIEL « SERVICE SANTÉ »

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

Vous pouvez accéder à ce service sur notre site internet :

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

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

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

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

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

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

Il reprend les informations présentes dans votre carnet de santé et vous aide à organiser vos rendez-vous (généraliste, dermatologue, ophtalmologue, ...) et vous informe des dates d'échéance de vos vaccins.

Vous disposez ainsi d'une vision globale sur vos prochains rendez-vous, et pouvez organiser votre « emploi du temps santé » et celui de votre famille très simplement !

RESTEZ INFORMÉ DE TOUTE L'ACTUALITÉ SANTÉ

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

Toute l'information santé à portée de clic !

JOUEZ ET TESTEZ VOTRE SANTÉ

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

VOTRE APPLICATION MOBILE : MA SANTÉ

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

Vous pouvez accéder à cette application sur notre site internet :

- www.ag2rlamondiale.fr/services-en-ligne/appli-iphone-sante

L'application « Ma Santé » permet aux 2 500 000 bénéficiaires de la carte de tiers payant Terciane d'afficher sur leur mobile leur carte de tiers payant et de géolocaliser les 170 000 professionnels de santé (pharmaciens, opticiens, dentistes, laboratoires, infirmiers, ...) qui l'acceptent.

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

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

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

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

Pour toute information concernant votre affiliation

Contactez votre centre de gestion AG2R LA MONDIALE au 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

**Pour toute information concernant vos prestations
Contactez-nous**

- par courrier :

AG2R LA MONDIALE
TSA 56050
69303 LYON CEDEX 07

- ou par téléphone au :

0 969 32 2000 (appel non surtaxé)