



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—

NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale des Maisons familiales rurales
d'éducation et d'orientation [Brochure n° 7508]

Ensemble du personnel
Garanties au 1^{er} janvier 2016

SOMMAIRE

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

VOTRE RÉGIME	5
Résumé de la garantie	5
Exemples	7
Quel est l'objet de la garantie ?	8
Quels sont les actes et frais garantis ?	8
Exclusions et limites de la garantie	8
Plafond des remboursements	9
Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	9
Quand débute la garantie ?	9
Quand cesse-t-elle ?	9
Peut-elle être maintenue ?	9
Cotisations	11
Recours contre les tiers responsables	11
Prescription	11
Réclamations - médiation	11
Informatique et libertés	11
Autorité de contrôle	11

MODALITÉS DE GESTION	12
Comment vous affilier ?	12
Comment s'effectuent vos remboursements ?	12
Le tiers payant	13
Les accords de prise en charge	13
Quelques informations utiles	14
Pour tout renseignement	15

LES SERVICES SANTÉ	16
Téléchargez gratuitement le logiciel « service santé »	16
Votre application mobile : ma santé	16

ENGAGEMENT SOCIAL AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE	17
--	-----------

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	20
--	-----------

PRÉSENTATION

Votre établissement a mis en place un **régime frais de santé obligatoire** au profit de l'ensemble de son personnel en application des dispositions de la Convention collective nationale des Maisons familiales rurales d'éducation et d'orientation.

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.

Cette notice d'information s'applique à compter du **1^{er} janvier 2016**.

Elle est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement de la garantie souscrite.

La garantie est établie sur la base de la législation en vigueur et pourra être révisée en cas de changement des textes.

VOTRE RÉGIME

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les prestations s'entendent y compris les prestations du régime de base.

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾			
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Frais de séjour		100 % de la BR		
Forfait hospitalier ⁽²⁾	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires				
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		100 % de la BR		
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		100 % de la BR		
Chambre particulière		40 € par jour		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans ⁽³⁾		23 € par jour		
Transport remboursé par le régime de base				
Transport		100 % de la BR		
Actes médicaux				
Généralistes, spécialistes (consultations, visites)				
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		100 % de la BR		
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		100 % de la BR		
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)				
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		100 % de la BR		
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		100 % de la BR		
Auxiliaires médicaux, analyses				100 % de la BR
Pharmacie remboursée par le régime de base				
Pharmacie		100 % de la BR		
Appareillages remboursés par le régime de base				
Prothèses auditives, orthopédie et autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs)		100 % de la BR + crédit annuel de 500 €		
Dentaire remboursé par le régime de base				
Soins dentaires		100 % de la BR		
Inlay simple, onlay		100 % de la BR		
Prothèses dentaires		370 % de la BR		
Inlay core et inlay à clavettes		125 % de la BR		
Orthodontie		400 % de la BR		
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		RSS + 61 €		
Verres (la paire)		100 % de la BR + 290 €		
Lentilles remboursées par le régime de base		100 % de la BR + crédit annuel de 145 €		

POSTES

CONVENTIONNÉ

NON CONVENTIONNÉ

Cures thermales remboursées par le régime de base

Frais de traitement et honoraires

100 % de la BR

Frais de voyage et hébergement

100 % de la BR + forfait de 140 €

Maternité / Adoption

Par enfant déclaré ⁽⁵⁾

Forfait de 250 €

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, phytothérapie ⁽⁶⁾

20 € par acte limité à 4 actes par année civile (sur présentation de la note d'honoraire, accompagnée de la facture acquittée et datée)

Actes de prévention

Voir détail ci-après

100 % de la BR

Garantie Prima assistance ⁽⁷⁾ - N° de convention 620339

0 800 100 010 Service & appel gratuits

Incluse

C.A.S. = contrat d'accès aux soins.

FR = frais réels.

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

RSS = remboursement Sécurité sociale.

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

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

(3) Sur présentation d'un justificatif.

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

(5) Cette garantie est limitée par un paiement par enfant déclaré.

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

(7) Garantie gérée par la société d'assistance MONDIAL ASSISTANCE (siège social: 2 rue Fragonard, 75807 PARIS CEDEX 17) dénommée « PRIMA ASSISTANCE ».

ACTES DE PRÉVENTION

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1^{ers} et 2^e molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 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 (CDQP010),
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015),
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012),
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois 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,
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

EXEMPLES

Législation en vigueur en JANVIER 2016

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	RÉGIME DE BASE	AG2R RÉUNICA PRÉ-VOYANCE ⁽¹⁾	RESTE À VOTRE CHARGE
Spécialiste conventionné adhérent au C.A.S. (dépassement maîtrisé) ⁽²⁾					
	30 €	28 €	18,60 € ⁽³⁾	8,40 €	3 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale - Couronne céramique					
	550 €	107,50 €	75,25 €	322,50 €	152,25 €
Optique - Adulte					
Monture	150 €	2,84 €	1,70 €	61 €	87,30 €
Verres (la paire) ⁽⁴⁾	450 €	14,64 €	8,78 €	290 €	151,22 €

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

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin correspondant 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. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).

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

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.

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

Contrat conclu entre l'Assurance maladie et des médecins libéraux (secteur 2 - et secteur 1 dans certains cas) qui a pour objectif d'avoir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

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.

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Accorder une prestation complémentaire au régime de base* en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation**, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

* Le régime de base s'entend du régime de base de la Mutualité sociale agricole ou de la Sécurité sociale.

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 français au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé de la garantie.

MATERNITÉ - ADOPTION

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

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

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 le régime de base ;
- 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 du régime de base ;
- 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 AG2R RÉUNICA Prévoyance sur la base de remboursement utilisée par

le régime de base et selon la garantie souscrite).

AG2R RÉUNICA Prévoyance 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.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 le régime de base n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, AG2R RÉUNICA Prévoyance n'effectue ses remboursements qu'après avis de ses praticiens conseils.
- **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 le régime de base.
- **Actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait :** à l'exception du forfait maternité, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de AG2R RÉUNICA Prévoyance.
- **Pharmacie :** pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par le régime de base 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 du régime de base 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 base; cette limite de 90 jours ne s'applique pas à la prise en charge du forfait hospitalier.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

La participation de AG2R RÉUNICA Prévoyance ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à votre charge après participation du régime de base 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 le régime de base pour les actes conventionnés, le remboursement ne peut excéder celui qui aurait été versé si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

- **Vous-même**, assuré social, salarié de l'établissement;
- **votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité;
- **vos enfants à charge**, à savoir :
 - les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
 - les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable,
- toute personne à votre charge au sens des assurances sociales.

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

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

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

QUAND CESSE-T-ELLE ?

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à 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.

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

PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

EN CAS DE 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

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 la garantie à titre individuel et de son propre fait.

la garantie cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'établissement.

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

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

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

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

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

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien de la garantie qui n'est pas prolongée d'autant.

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

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

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

Formalités de déclaration

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

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

- de la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;

- d'une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi ;
- et des cartes de tiers payant en cours de validité.

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien de la garantie sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus. Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment 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 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 ;
- 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 DE LA GARANTIE Loi Évén

AG2R RÉUNICA Prévoyance propose, à titre individuel, la poursuite de la 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 ; de préretraite ;
- 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.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'Institution.

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

Les cotisations intégralement à la charge des assurés, sont prélevées trimestriellement à terme d'avance sur le compte bancaire.

Ayants droit d'un salarié décédé

En cas de décès du salarié, y compris en période de portabilité des droits prévu au titre du paragraphe

« En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits », le régime est maintenu, à titre gratuit, à ses ayants droit ayant souscrit à ce régime à titre facultatif, 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. L'affiliation prend effet à la date indiquée sur le 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 de la garantie collective

En cas de cessation de la garantie, 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 de garantie 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 auprès de AG2R RÉUNICA Prévoyance à la fin de chaque trimestre.

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement de prestations par AG2R RÉUNICA Prévoyance à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, AG2R RÉUNICA Prévoyance 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 AG2R RÉUNICA Prévoyance en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre

AG2R RÉUNICA Prévoyance a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le salarié, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à :

- AG2R LA MONDIALE - Direction de la Qualité
- 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
Émile 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 AG2R RÉUNICA Prévoyance, 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 remis par votre employeur et vous y joignez :

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

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

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

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOÉMIE »), le régime de base transmet directement à AG2R RÉUNICA Prévoyance l'ensemble des informations concernant vos remboursements ; si un message figure sur votre décompte d'assurance maladie obligatoire, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier au régime de base uniquement**.

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.

Si cette procédure n'est pas encore en service, ou si un ayant droit ne peut bénéficier du système « NOÉMIE », vous devez adresser au centre de gestion AG2R RÉUNICA Prévoyance l'original du décompte d'assurance maladie obligatoire 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 NOÉMIE. Cette mesure ne supprime en rien ses droits au remboursement. En effet, s'il reste des frais à la charge de votre conjoint, AG2R RÉUNICA Prévoyance remboursera en complément de sa première complémentaire santé, dans la limite de la garantie définie dans la présente notice et sur présentation de l'original du décompte de ladite complémentaire santé.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

AG2R RÉUNICA Prévoyance 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.

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 d'assurance maladie obligatoire 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 assurance maladie obligatoire.

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

- les originaux des décomptes de règlement du régime de base.

Cependant, à tout moment, AG2R RÉUNICA Prévoyance peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- pour les **vaccins**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- pour le **forfait maternité**, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département ;
- pour **l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie, la phytothérapie**, 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 AG2R RÉUNICA Prévoyance 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 d'assurance maladie obligatoire 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 AG2R RÉUNICA Prévoyance une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre régime de base ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés. 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 du régime de base. 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. AG2R RÉUNICA Prévoyance peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de AG2R RÉUNICA Prévoyance.

LE TIERS PAYANT

La carte tiers payant Terciane vous évite d'avoir à faire l'avance de sommes parfois importantes dans l'attente des remboursements. Elle vous est remise après enregistrement de votre affiliation à AG2R RÉUNICA Prévoyance.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez aux **pharmacien, laboratoire d'analyses, radiologue, ambulancier** (selon accords régionaux) :

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

La carte tiers payant Terciane reste la propriété de AG2R RÉUNICA Prévoyance. En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite, ...) ou de résiliation du contrat, vous devez restituer la carte tiers payant Terciane en cours de validité dans un délai de 15 jours suivant votre départ ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

LES ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

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 « régime de base » 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.

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement **conventionné** (uniquement), le centre de gestion AG2R RÉUNICA Prévoyance vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base de la garantie souscrite. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge. Votre demande de prise en charge doit être effectuée au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée dans l'établissement conventionné.

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

- en **LIGNE** : saisissez votre demande de prise en charge hospitalisation sur notre site Internet :
– www.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 AG2R RÉUNICA Prévoyance.

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 AG2R RÉUNICA Prévoyance sur chaque acte dentaire.

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

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

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

remboursement. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à la 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.



- 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.



POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITES INTERNET

- www.ag2rlamondiale.fr/maisons-familiales-rurales-education-orientation permet à tous (employeurs, salariés, experts-comptables) de retrouver l'ensemble des éléments du régime et de télécharger les documents nécessaires à la bonne marche de celui-ci : les textes officiels, les documents d'adhésion, notices d'information, tableaux de garanties, dépliants, courriers d'actualité...

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 180 000 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 !

CONSEIL ET SOUTIEN FACE AUX IMPRÉVUS

Membre d'AG2R LA MONDIALE, AG2R RÉUNICA Prévoyance a développé une action sociale qui accompagne les assurés soit individuellement en accordant des aides financières aux salariés en difficulté, soit de manière collective par des actions au profit de tous, axées sur l'information, la prévention et le soutien de la recherche médicale.

NOS DISPOSITIFS D'AIDE SOCIALE

Les assurés AG2R RÉUNICA Prévoyance peuvent bénéficier d'une aide financière en cas de maladie, hospitalisation, invalidité, handicap, perte d'autonomie, décès, obsèques, veuvage, si la nature de l'aide sociale est en lien avec les contrats souscrits par l'entreprise ou la branche professionnelle.

Les aides sociales sont accordées selon les besoins, après étude du dossier et sous conditions de ressources.

Nos interventions les plus fréquentes:

- aides financières en cas de situations liées à un accident ou une maladie,
- aides aux personnes en situation de handicap (assuré ou ayant droit) (aménagement de logement, du véhicule, prise en charge de matériel spécialisé, aide à domicile,...),
- secours à la famille (conjoint, enfants à charge) suite au décès du salarié,
- aide exceptionnelle en cas de grande difficulté et aide d'urgence.

Toutes les demandes d'aides sont examinées par nos Comités régionaux prévoyance et tiennent compte de l'ensemble des interventions sociales.

NOS ÉQUIPES SOCIALES PROCHES DE VOUS

Réparties sur l'ensemble du territoire, nos équipes sociales ont pour vocation de vous écouter, vous orienter vers les structures adéquates et vous accompagner dans vos démarches.

NOTRE ENGAGEMENT SOCIAL

AG2R RÉUNICA Prévoyance mène chaque année de nombreuses actions collectives de prévention santé.

Des forums, conférences ou ateliers pratiques sont organisés régulièrement en régions autour des thèmes concernant l'audition, la nutrition, la promotion des activités physiques et sportives, etc.

Pour mieux connaître les besoins de ses assurés et renforcer son expertise, AG2R RÉUNICA Prévoyance soutient de nombreux projets en matière de recherche, d'études et de nouveaux services.

Des partenariats ont été noués avec des instituts de recherche médicale, des fondations et des universités.

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

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

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

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

ÉPARGNE SALARIALE

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

PASSIFS SOCIAUX

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

ENGAGEMENT SOCIAL

Prévention et conseil social
Accompagnement

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris Cedex 08
Tél.: 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr

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