



**AG2R LA MONDIALE**

## **CONDITIONS GENERALES**

### **- REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTE -**

---

### **ENTREPRISES**

### **RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ORGANISMES DE FORMATION**

**(JO n° 3249)**

---

**REF : Conditions générales obligatoires n° 9492 - 01/2016**

## SOMMAIRE

Article 1.	Les dispositions relatives à la vie de votre contrat _____	1
Article 2.	Les obligations d'informations _____	3
Article 3.	L'affiliation des assurés _____	3
Article 4.	La durée des garanties _____	4
Article 5.	Les cotisations _____	7
Article 6.	Les prestations _____	8
Article 7.	Les généralités de votre contrat _____	11
Annexe	Tableaux des garanties (régimes 1 et 2) _____	15

### Dans ce contrat, nous utilisons les termes suivants :

**Le souscripteur** est l'entreprise souscrivant le contrat pour son compte et éventuellement pour celui des sociétés constituant le périmètre de souscription.

**L'organisme assureur** est l'un des opérateurs d'assurance recommandé par l'accord de branche qui garantit les risques souscrits.

**Les catégories de personnel** renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles vous avez conclu ce contrat frais de santé. Elles sont définies aux Conditions particulières.

**Les assurés** sont les salariés et anciens salariés bénéficiaires du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue aux Conditions particulières.

**Les ayants droit** sont les membres de la famille d'un assuré pouvant bénéficier des garanties du contrat.

## Article 1. Les dispositions relatives à la vie de votre contrat

---

### 1.1. L'objet de votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire. Ce contrat est souscrit auprès d'**AG2R RÉUNICA Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

Il s'agit d'un contrat dédié aux entreprises relevant du champ d'application de la **Convention collective nationale des organismes de formation du 10 juin 1988 (N° 3249)**.

**Le présent contrat organise la couverture obligatoire prévue par l'Accord du 19 novembre 2015 relatif à la mise en place d'un régime de frais de santé dans la branche professionnelle dont vous relevez, au profit de vos salariés relevant de l'une des catégories de personnel visée aux Conditions particulières de votre contrat et remplissant les conditions prévues à l'article 2 dudit Accord pour bénéficier de cette couverture.**

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons à vos salariés le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Les conditions du présent contrat respectent la **Convention d'assurance et de gestion** établie entre les partenaires sociaux d'une part, et les organismes assureurs recommandés : AG2R RÉUNICA Prévoyance, Harmonie Mutuelle et Malakoff Médéric Prévoyance d'autre part.

A titre d'information, il est précisé que les salariés disposent de la faculté d'étendre leur niveau de garantie frais de santé au bénéfice de leurs ayants droit (conjoint et/ou enfants), dans le cadre d'un contrat collectif facultatif (distinct du présent contrat) ; la cotisation correspondante est intégralement à la charge des salariés exerçant cette faculté. Ce dispositif est détaillé dans la notice d'information remise aux assurés.

Votre contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et respecte les critères de la couverture minimale, prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code, décrits à l'article 6.5.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- **les Conditions générales** définissant les obligations de chacun ;
- **les Conditions particulières** qui comportent notamment en fonction des indications portées sur la proposition de contrat que vous avez préalablement remplie :
  - la date d'effet de votre contrat,
  - la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s),
  - les taux ou montants de cotisation.

Il peut être complété d'avenants susceptibles de venir modifier ultérieurement les stipulations souscrites.

Les contrats ainsi souscrits par les entreprises relevant de la Convention collective nationale des organismes de formation sont réunis en un ensemble homogène de mutualisation ; il est établi un compte d'exploitation technique commun.

Votre contrat frais de santé ouvre droit aux garanties d'assistance visées aux Conditions particulières de votre contrat.

## **1.2. Commission paritaire de prévoyance et santé**

L'Accord frais de santé a institué une commission paritaire de prévoyance et santé (CPPS), aux fins de mise en œuvre et de suivi du régime de frais de santé complémentaire, notamment les relations avec les institutions concernant l'application et l'évolution du contrat, le suivi des comptes de résultats du périmètre mutualisé constitué de l'ensemble des entreprises adhérentes à l'un des trois organismes assureurs recommandés.

## **1.3. Degré élevé de solidarité**

Outre la garantie de frais de santé, les stipulations de votre Convention collective (Accord « frais de santé ») prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

A ce titre peuvent être prévues des mesures ou actions dans les modalités prévues par l'Accord de branche.

Compte tenu de la nature de ces actions de solidarité, leur octroi est subordonné aux décisions des partenaires sociaux, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement. Lors de la mise en œuvre des présentes Conditions générales, le financement est fixé à 2 % de la cotisation globale hors taxes, versée par l'entreprise pour le financement de son régime collectif à adhésion obligatoire.

Nous vous informerons des décisions prises par les partenaires sociaux.

## **1.4. La prise d'effet et le renouvellement du contrat**

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières. Il doit être retourné signé. Il expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## **1.5. La résiliation annuelle du contrat**

Vous pouvez résilier votre contrat à l'échéance annuelle du 31 décembre ; à cette fin une lettre recommandée avec avis de réception doit nous être envoyée avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre (cachet de la poste faisant foi).

En cas de cessation de la recommandation, votre contrat perdure et vos salariés continuent d'être couverts, tant qu'il n'est pas résilié à votre demande ou à la nôtre ; une lettre recommandée avec avis de réception doit alors être adressée à l'autre partie, au moins deux mois avant l'échéance annuelle du 31 décembre, soit au plus tard le 31 octobre.

## **1.6. La révision du contrat**

Votre contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties (prises en application de l'Accord du 19 novembre 2015 précité et de la Convention d'assurance et de gestion établie avec les partenaires sociaux de votre branche professionnelle), les garanties et les taux de cotisation de votre contrat peuvent être révisés.

A compter de l'envoi de la notification vous avez deux mois pour refuser les nouvelles conditions, en nous adressant une lettre recommandée avec avis de réception. Votre refus entraîne la résiliation de votre contrat à effet du premier jour du mois civil qui suit la réception de votre courrier.

**En cas d'absence de refus de votre part dans les conditions de forme susvisées et passé ce délai de deux mois, vous êtes réputé avoir accepté les nouvelles conditions.**

### **1.7. Votre situation juridique ou économique**

Vous devez nous informer de toute transformation intervenant dans votre situation juridique ou économique, lorsque celle-ci a pour conséquence que vous cessiez de relever de la **Convention collective nationale des organismes de formation**. En pareil cas, votre contrat sera résilié, au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévu à l'article L.2261-14 du Code du travail.

### **1.8. Clause attributive de compétence (litiges judiciaires)**

Tout litige judiciaire relatif aux adhésions et aux prestations entre l'entreprise et/ou l'assuré et l'assureur est, de convention expresse entre les parties au contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de l'assureur.

## **Article 2. Les obligations d'informations**

---

### **2.1. Vos obligations déclaratives**

Vous vous engagez à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée et à nous adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les assurés, dans les trente jours suivant leur entrée dans la catégorie de personnel assurée (sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'acte juridique ayant instauré le régime frais de santé).

Vous devez également, dans un délai de trente jours nous informer des modifications de situation professionnelle de vos salariés, notamment la cessation du contrat de travail ouvrant droit :

- à la poursuite des garanties au titre de la portabilité (article 4.4),
- au maintien individuel des garanties hors dispositif de portabilité (article 4.5).

### **2.2. Vos obligations déclaratives en fin d'exercice**

Vous nous faites parvenir à la fin de chaque exercice, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste des assurés, précisant notamment pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice.

Vous tenez vos états de personnel à notre disposition pour consultation éventuelle.

### **2.3. Notice d'information remise aux assurés**

Vous devez remettre aux assurés la notice d'information que nous avons établie. Il est de votre responsabilité de la remettre aux assurés.

Cette notice définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir un remboursement.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles vous incombe.

## **Article 3. L'affiliation des assurés**

---

### **3.1. La demande d'affiliation**

Pour bénéficier des garanties, vos salariés doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation. Ils vous remettent leur bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation. Vous vous engagez à nous les faire parvenir.

Ces documents doivent nous être retournés dans un délai de trente jours qui suivent leur entrée dans la catégorie de personnel assurée.

### **3.2. Structure d'affiliation/cotisation**

La structure d'affiliation/cotisation du présent contrat collectif obligatoire est :

- « ISOLÉ »

Les bénéficiaires du présent contrat sont les salariés.

Les cotisations sont déterminées en fonction du niveau de couverture collective à adhésion obligatoire choisi par le souscripteur (régime de niveau 1 ou régime de niveau 2).

## **Article 4. La durée des garanties**

---

### **4.1. La prise d'effet des garanties**

#### **1. Pour les assurés**

Sous réserve que la demande d'affiliation ou d'adhésion nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet de votre contrat pour tous vos salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion), postérieurement à la souscription,
- au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation, pour les salariés qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

#### **2. Pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet de votre contrat**

Vos anciens salariés, couverts précédemment par un autre organisme assureur, bénéficient des garanties de votre contrat s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 4.4.

La portabilité prévue par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de cotisation à la charge des anciens salariés.

### **4.2. La cessation des garanties**

Les garanties cessent :

- à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré, sauf disposition de l'article 4.3,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de la pension retraite de la Sécurité sociale de l'assuré (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).
- et dans tous les cas, à la date d'effet de la résiliation de votre contrat.

En l'absence de déclaration de la radiation d'un assuré de votre part, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

### 4.3. Le maintien des garanties en cas de contrat de travail suspendu

#### 1. Suspension de contrat de travail indemnisée

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, pendant les périodes suivantes :

- période de suspension inférieure à un mois civil entier (la cotisation est due par mois civil entier),
- maintien total ou partiel de salaire par l'entreprise,
- arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Les garanties sont maintenues tant qu'ils font partie de vos effectifs.

Les salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent à durée indéterminée bénéficient du régime pendant les périodes de travail non travaillées.

Les cotisations (parts employeur et salarié calculées selon les règles prévues par le régime) sont intégralement dues dans les conditions prévues à l'article 5.

#### 2. Suspension de contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail, au-delà des cas de suspensions visés au 1. ci-dessus, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de remboursement de frais de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue par le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur.

**Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables directement par les assurés, mensuellement à terme échu dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur leur compte bancaire.**

Les garanties sont maintenues tant qu'ils font partie de vos effectifs.

Les assurés sont seuls responsables du paiement des cotisations. A ce titre, ils doivent nous remettre un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

Pour être recevable, la demande doit être adressée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de la suspension du contrat de travail. Les modalités pratiques sont exposées dans la notice d'information.

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, le salarié est radié.

Les cotisations antérieures à la date de radiation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit, les frais étant intégralement à la charge de l'assuré.

Ne sauraient être assimilées à des périodes de suspension, les périodes non travaillées des salariés titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée dit « intermittent ».

### 4.4. Les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, l'assuré bénéficie du maintien de ses garanties, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les droits à garanties du salarié doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail.

Vous êtes tenu :

- d'informer vos salariés de leur droit à bénéficier du maintien des garanties dans leur certificat de travail,
- de nous informer des cessations de contrat de travail ouvrant droit au maintien, dans un délai de trente jours.

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage de l'assuré, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou de la durée totale de ses contrats successifs chez le souscripteur, appréciée en mois et le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations par le régime d'assurance chômage ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle de l'ancien salarié ;
- la date d'effet de la pension retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite) ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce, dans la limite de douze mois ;
- la date d'effet de la résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

L'ancien salarié devra nous produire le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage et nous informer de toutes causes de cessation anticipée du maintien.

Le financement du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité est assuré par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et salariale).

#### **4.5. Maintien individuel des garanties hors portabilité**

Les anciens salariés bénéficiant d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi peuvent demander à bénéficier du maintien des garanties frais de santé définies au contrat (dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi EVIN » et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990), moyennant paiement d'une cotisation correspondante.

Les ayants droit d'un assuré décédé ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention, pendant une durée minimale de 12 mois suivant le décès, moyennant paiement d'une cotisation correspondante.

Vous devez nous informer du décès d'un assuré ou de la cessation du contrat de travail des assurés (ou fin de la portabilité pour ceux en bénéficiant), éligibles au maintien individuel des garanties, dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture aux anciens salariés ou aux ayants droit selon le cas dans le délai de 2 mois prévu par la loi.



Dans tous les cas :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise ;
- la demande de souscription doit être faite, selon le cas, **dans les six mois suivant la cessation du contrat de travail** (dans le cas particulier de la portabilité, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties) **ou le décès de l'assuré**.

La nouvelle adhésion individuelle prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet dudit maintien.

## Article 5. Les cotisations

---

### 5.1. Le montant et la révision des cotisations

Les garanties sont financées par des cotisations fixées en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, dont le taux est indiqué aux Conditions particulières.

Le montant des cotisations versées pour le financement d'une couverture obligatoire inclut le financement du degré élevé de solidarité prévu dans l'Accord de branche ayant instauré le régime frais de santé (cf. article 1.3).

Lorsque des évolutions sont décidées, celles-ci se font en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale totale (indice CMT), de l'évolution démographique des populations garanties, des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des contrats souscrits.

### 5.2. Le paiement des cotisations

Vos cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables trimestriellement à terme échu dans les dix premiers jours de chaque trimestre civil.

Le financement du maintien des garanties prévu par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ne prévoit pas de cotisation à la charge des assurés bénéficiaires de la portabilité.

Les cotisations sont calculées sous forme de forfait mensuel non proratisable :

- en cas d'affiliation en cours de mois, les cotisations sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant,
- en cas de radiation en cours de mois, les cotisations sont dues pour le mois en cours.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre d'assurés à la fin du trimestre civil concerné, la ou les base(s) de calcul des cotisations pour la période concernée, et pour vos anciens salariés bénéficiant de la portabilité, la liste de ceux dont le contrat de travail cesse.

Pour les salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent, les cotisations patronales et salariales sont dues pendant les périodes non travaillées dans les mêmes conditions que pendant les périodes travaillées. A cet effet, vous devrez précompter les cotisations dues au titre des périodes non travaillées sur la rémunération des périodes travaillées.

### 5.3. Le recouvrement des cotisations

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, vous procédez vous-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur notre bordereau d'appel.

A défaut de paiement de l'intégralité de vos cotisations dans les dix premiers jours de chaque trimestre civil, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- votre contrat peut être résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit.

## Article 6. Les prestations

---

### 6.1. Choix de la garantie

**Lors de la souscription du contrat, vous effectuez votre choix parmi plusieurs niveaux de garanties :**

- soit, le régime niveau 1,
- soit, le régime niveau 2,

Les détails des régimes susvisés sont précisés en **Annexe**.

Vous pouvez changer de niveau de garantie à effet du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante ; à cette fin une lettre recommandée avec avis de réception doit nous être envoyée avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre.

### 6.2. Définition des prestations

Votre contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties souscrit, le remboursement :

- des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non pris en charge par la Sécurité sociale prévus aux Conditions particulières ou en Annexe,
- de soins pris en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus aux Conditions particulières ou en Annexe,
- des dépenses de prévention mentionnées aux Conditions particulières ou en Annexe.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

Pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace Moselle, le niveau de prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base de Sécurité sociale + complémentaire du contrat frais de santé) identique pour tout bénéficiaire en France, quel que soit son régime social d'appartenance.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale, celui facturé à l'assuré.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

**Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.**

### **6.3. Limites des remboursements**

**Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.**

**Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies à l'article 6.2.**

**Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.**

Les limites résultant des critères du contrat responsable sont exposées à l'article suivant.

### **6.4. Critères du contrat responsable et de la couverture minimale**

Les garanties de votre contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les garanties et niveaux de remboursements de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et/ou « les contrats responsables ».

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- la prise en charge du **ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- la prise en charge intégrale du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- la prise en charge des **frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,
- la prise en charge **des équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les assurés mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de votre garantie. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1<sup>er</sup> élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'effectue 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 en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

**Sous réserve que le contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins** prévu par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

**Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :**

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités (telle que prévue aux articles L 162-5-3 du Code la Sécurité sociale et L 1111-15 du Code de la Santé publique),**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonné), pris en application du 18° de l'article L 162 -5 du Code de la Sécurité sociale.**

#### **6.5. Libre choix de l'assuré**

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements.

Toutefois, les assurés conservent le libre choix du praticien et le libre choix de l'établissement de soins, à condition que celui-ci soit agréé par la Sécurité sociale.

#### **6.6. Prise en charge hospitalière**

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, nous délivrons un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis aux présentes Conditions générales) normalement laissés à la charge de l'assuré dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, nous délivrons une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'assuré est tenu de nous fournir les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

#### **6.7. Tiers payant**

Lors de son affiliation, nous remettons à l'assuré une carte santé lui permettant la pratique du tiers payant avec certains professionnels de santé.

Le service du tiers payant qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais est accordé aux assurés pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé lorsque des conventions ont été conclues entre ces professionnels et nous.

Le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximums ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux de soins.

En cas de radiation de vos effectifs ou en cas de résiliation de votre contrat, l'assuré doit sans délai nous retourner sa carte de tiers payant santé.

#### **6.8. Contrôle médical**

Nous pouvons effectuer un contrôle pour toute demande de prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, la prise en charge des actes, prescriptions et généralement de toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise, sera suspendue.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser à notre médecin conseil, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

## **Article 7. Les généralités de votre contrat**

---

### **7.1. Pièces justificatives / paiement des prestations**

**Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.**

**Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.**

**Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.**

**Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons fondés à l'issue du contrôle à demander la restitution des sommes réglées indûment.**

Les prestations garanties sont versées soit directement aux assurés par virement bancaire (un relevé bancaire devra être remis avec le bulletin d'affiliation), soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Le paiement des prestations est effectué par le centre de gestion dont vous dépendez.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées, les prestations sont réglées dans un délai maximum de vingt jours.

**Les demandes de remboursement sont adressées par l'assuré à l'organisme assureur.**

**Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :**

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

**et dans tous les cas :**

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur 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 l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du 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 Classification Commune des Actes Médicaux et la base de remboursement sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation, est tenu à la disposition de l'assuré sur simple demande.

## **7.2. Prescription**

**Les actions relatives à votre contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons 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 ignoré jusque là.**

**Lorsque vous, l'assuré ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, l'assuré ou le bénéficiaire.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :**

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,**
- **la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,**
- **un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.**

**La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré nous adresse en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

## **7.3. Mobilité des assurés à l'étranger**

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du présent contrat et notamment :

- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire français,
- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française,
- aux assurés résidant à l'étranger, exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français et affiliés au régime de Sécurité sociale française.

Les soins effectués à l'étranger seront remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat. Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre du contrat d'accès aux soins » et « hors contrat d'accès aux soins », les actes effectués à l'étranger seront remboursés

à hauteur des niveaux de remboursement « hors contrat d'accès aux soins » indiqués dans le tableau de garanties si la différenciation n'est pas possible.

Ces garanties s'exercent également au bénéfice des assurés en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé. Les soins effectués à l'étranger seront alors remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales définies par la réglementation au titre du Contrat Responsable et rappelées à l'article 6.4.

#### **7.4. Subrogation**

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

L'assuré atteint de blessures imputables à un tiers et/ou vous le cas échéant, vous devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

#### **7.5. Réclamation**

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont vous dépendez.

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous ou vos salariés pouvez nous contacter à AG2R REUNICA Prévoyance – 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 du groupe AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Emile Zola - Mons en Baroeul 59896 Lille cedex 9.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, vous et les bénéficiaires pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS. Ce médiateur doit être saisi uniquement après épuisement de nos procédures internes étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

#### **7.6. Informatique et libertés**

Les données communiquées par les assurés dans le cadre de votre contrat sont destinées à AG2R REUNICA Prévoyance, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat. Elles pourront également faire l'objet d'un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les informations qui sont demandées aux assurés, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'adhésion au contrat, sont nécessaires pour prendre en compte leur situation.

Sauf opposition écrite de la part des assurés, ces informations peuvent être communiquées à nos organismes de retraite ou d'assurance ainsi qu'à nos filiales et partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande, aux fins de les informer de nos offres de produits et services.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, les assurés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux

informations les concernant, et peuvent, pour des motifs légitimes, s'opposer à leur traitement. Les assurés peuvent exercer ce droit en justifiant de leur identité à l'adresse suivante :

Correspondant Informatique et Libertés,  
Groupe AG2R LA MONDIALE,  
Direction des Risques-Conformité et Déontologie, 104-110 Boulevard Haussmann 75 379 PARIS  
cedex 08.

#### **7.7. Autorité de contrôle**

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR 61, rue Taitbout, 75009 PARIS.



## ANNEXE : TABLEAUX DES GARANTIES (REGIMES 1 ET 2)

### GARANTIES DU REGIME 1 DIT « FORMULE DE BASE »

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties.

Les garanties du contrat couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte couteux, prévue au I de l'article R.322-8 du code de la Sécurité sociale.

**La participation de l'assureur ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé.** Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et celles prévues ci-dessous.

<b>GARANTIES COMPLEMENTAIRES DU REGIME 1 → FORMULE DE BASE</b>		
<b>POSTES</b>	<b>NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS DE LA SECURITE SOCIALE ET/OU D'EVENTUELS AUTRES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1)</b>	
	<b>Conventionné</b>	<b>Non conventionné</b>
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
▪ Frais de séjour	170% de la BR	
▪ Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait règlementaire en vigueur	
▪ Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésie (ADA), ▪ Autres honoraires	170% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 150% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
<b>Transport (remboursé SS)</b>		
▪ Transport	100% de la BR	
<b>Actes médicaux</b>		
▪ Généralistes (consultations et visites)	100% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 100% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Spécialistes (consultations et visites)	170% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 150% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	100% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 100% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI)	100% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 100% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Auxiliaires médicaux	100% de la BR	
▪ Analyses	100% de la BR	
<b>Pharmacie (remboursée SS)</b>		
▪ Pharmacie	100% de la BR	
<b>Appareillages (remboursés SS)</b>		
▪ Prothèses Auditives	100% de la BR	
▪ Orthopédie & autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs)	100% de la BR	
<b>Dentaire (remboursé SS)</b>		
▪ Soins dentaires (hors inlay simple, onlay)	100% de la BR	
▪ Inlay simple, onlay	100% de la BR	
▪ Prothèses dentaires	125% de la BR	
▪ Inlay core et inlays à clavettes	125% de la BR	
▪ Orthodontie	125% de la BR	

Optique	
<p>La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les assurés mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.</p> <p>La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de votre garantie. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1<sup>er</sup> élément de l'équipement (monture ou verres).</p> <p>L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'effectue 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 en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale.</p>	
▪ Monture + 2 verres « simples » (2)	RSS + 100€
▪ Monture + 2 verres « complexe » (2)	RSS + 200€ (dont un maximum de prise en charge de 150 € pour la monture)
▪ Monture + 1 verre « simple » et 1 verre « complexe » (2)	RSS + 150€
▪ Lentilles acceptées par la SS	100% de la BR
Cure thermale (remboursée SS)	
▪ Frais de traitement et honoraires	100% de la BR
▪ Frais de voyage et hébergement	100% de la BR
Actes de Prévention (visés par l'arrêté du 8.06.2006)	
▪ Prise en charge des actes de prévention listés ci-après (3)	100% de la BR

SS = Sécurité sociale ; RSS = Remboursement de la Sécurité sociale ; FR = Frais réels ;  
BR = Base de remboursement SS ; € = euro  
CAS = Contrat d'accès aux soins prévu par la Convention nationale médicale (avenant n°8)

(1) dans la limite des frais réels dûment justifiés engagés par le bénéficiaire.

(2) grille optique :

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Qualification par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	Simple
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	complexe
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	Simple
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	complexe
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	complexe
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	complexe
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	complexe
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	complexe
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX		Tout Cylindre	de -8 à +8
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	< à -8 ou > à +8		complexe

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Qualification par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	Simple
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	complexe
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	Simple
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	complexe
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	complexe
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	complexe
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	complexe
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	complexe
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	complexe
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	complexe

**(3) la liste prévue par l'arrêté du 8 juin 2006 comprend les prestations de prévention suivantes :**

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Détartrage annuel complet sur et sous gingival effectué en 2 séances maximum
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. 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 :
  - 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.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - a) Vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite quel que soit l'âge,
  - b) Vaccination de la coqueluche avant 14 ans,
  - c) Vaccination de l'hépatite B avant 14 ans,
  - d) Vaccination du BCG avant 6 ans,
  - e) Vaccination de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
  - f) Vaccination de l'Haemophilus influenzae B,
  - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

## GARANTIES DU REGIME 2 DIT « FORMULE RENFORCEE »

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties.

Les garanties du contrat couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux, prévue au I de l'article R.322-8 du code de la Sécurité sociale.

**La participation de l'assureur ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé.** Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et celles prévues ci-dessous.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES DU REGIME 2 → FORMULE RENFORCEE		
POSTES	NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS DE LA SECURITE SOCIALE ET/OU D'EVENTUELS AUTRES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1)	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
▪ Frais de séjour	220% de la BR	
▪ Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
▪ Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésie (ADA), ▪ Autres honoraires	220% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 200% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
<b>Transport (remboursé SS)</b>		
▪ Transport	100% de la BR	
<b>Actes médicaux</b>		
▪ Généralistes (consultations et visites)	100% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 100% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Spécialistes (consultations et visites)	220% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 200% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	100% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 100% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI)	100% de la BR (Médecins adhérents au CAS) 100% de la BR (Médecins NON adhérents au CAS)	
▪ Auxiliaires médicaux	100% de la BR	
▪ Analyses	100% de la BR	
<b>Actes médicaux (non remboursés SS)</b>		
▪ Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 200€ par année civile et par œil	
<b>Pharmacie (remboursée SS)</b>		
▪ Pharmacie	100% de la BR	
<b>Appareillages (remboursés SS)</b>		
▪ Prothèses Auditives	100% de la BR	
▪ Orthopédie & autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs)	100% de la BR	
<b>Dentaire (remboursé SS)</b>		
▪ Soins dentaires (hors inlay simple, onlay)	100% de la BR	
▪ Inlay simple, onlay	120% de la BR	
▪ Prothèses dentaires	200% de la BR	
▪ Inlay core et inlays à clavettes	150% de la BR	

▪ Orthodontie	125% de la BR
<b>Dentaire (non remboursé SS)</b>	
▪ Parodontologie (2)	Crédit de 60€ par année civile
▪ Implants dentaires (3)	Crédit de 200€ par année civile
<b>Optique</b>	
<p>La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les assurés mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.</p> <p>La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de votre garantie. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1<sup>er</sup> élément de l'équipement (monture ou verres).</p> <p>L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'effectue 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 en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale.</p>	
▪ Monture + 2 verres « simples » (4)	RSS + 100€
▪ Monture + 2 verres « complexes » (4)	RSS + 200€ (dont un montant maximum de prise en charge de 150€ pour la monture)
▪ Monture + 1 verre « simple » et 1 verre « complexe » (4)	RSS + 150€
▪ Lentilles acceptées et refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	100% de la BR + crédit de 60€ par année civile
<b>Cure thermale (remboursée SS)</b>	
▪ Frais de traitement et honoraires	100% de la BR
▪ Frais de voyage et hébergement	100% de la BR
<b>Actes de Prévention (visés par l'arrêté du 8.06.2006)</b>	
▪ Prise en charge des actes de prévention listés ci-après (5)	100% de la BR

SS = Sécurité sociale ; RSS = Remboursement de la Sécurité sociale ; FR = Frais réels ;  
BR = Base de remboursement SS ; € = euro  
CAS = Contrat d'accès aux soins prévu par la Convention nationale médicale (avenant n°8)

**(1) dans la limite des frais réels dûment justifiés engagés par le bénéficiaire.**

**(2) la garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.**

**(3) la garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).**

## (4) grille optique :

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Qualification par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	Simple
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	complexe
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	Simple
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	complexe
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	complexe
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	complexe
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	complexe
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	complexe
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	complexe
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	complexe

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Qualification par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	Simple
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	complexe
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	Simple
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	complexe
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	complexe
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	complexe
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	complexe
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	complexe
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	complexe
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	complexe

**(5) la liste prévue par l'arrêté du 8 juin 2006 comprend les prestations de prévention suivantes :**

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Détartrage annuel complet sur et sous gingival effectué en 2 séances maximum
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. 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 :
  - 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.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - a) Vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite quel que soit l'âge,
  - b) Vaccination de la coqueluche avant 14 ans,
  - c) Vaccination de l'hépatite B avant 14 ans,
  - d) Vaccination du BCG avant 6 ans,
  - e) Vaccination de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
  - f) Vaccination de l'*Haemophilus influenzae* B,
  - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.