



AG2R LA MONDIALE

NOTICE D'INFORMATION

SANTÉ

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ORGANISMES DE
FORMATION (Brochure n°3249)**

Ensemble du personnel

Régime 1

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	3
VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE	4
RÉGIME DE BASE	4
QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?	7
QUAND CESSENT-ELLES ?	7
PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?	8
COTISATIONS	9
VOS RÉGIMES FACULTATIFS	10
RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT	10
RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF	11
DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS	14
GÉNÉRALITÉS	16
EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE	16
PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	16
RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	16
PRESCRIPTION.....	16
MODALITÉS DE GESTION	18
COMMENT VOUS AFFILIER ?	18
COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?	18
TIERS PAYANT	19
ACCORDS DE PRISE EN CHARGE	19
QUELQUES INFORMATIONS UTILES	20
POUR TOUT RENSEIGNEMENT	21
SERVICE SANTÉ	23
TÉLÉCHARGEZ GRATUITEMENT LE LOGICIEL « SERVICE SANTÉ »	23

PRÉSENTATION

VOTRE ENTREPRISE RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ORGANISMES DE FORMATION A MIS EN PLACE UN RÉGIME FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE AU PROFIT DE L'ENSEMBLE DE SON PERSONNEL.

Ces garanties comprennent :

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

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

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

Cette notice s'applique à compter du **1^{er} janvier 2017**.

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

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

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

RÉGIME DE BASE

QUEL EST L'OBJET DE CE RÉGIME ?

Vous faire bénéficier d'une complémentaire santé dont le coût est pris en charge en partie par votre employeur. Ce régime frais de santé complète les remboursements de la Sécurité sociale en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation**, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ

- **Vous-même**, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Organismes de formation.

COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME ?

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

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

RÉSUMÉ DES GARANTIES

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

Postes	Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		170 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		150 % de la BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale		
Transport		100 % de la BR
Actes médicaux		
Généralistes (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
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		150 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• 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 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		100 % de la BR
Analyses		100 % de la BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		
Pharmacie		100 % de la BR
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives		100 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs)		100 % de la BR

Dentaire remboursé par la Sécurité sociale

Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple, onlay	100 % de la BR
Prothèses dentaires	125 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	125 % de la BR
Orthodontie	125 % de la BR

Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽²⁾, avec un maximum de 150 € par monture, sauf pour un équipement avec verres simples maximum de 100 € par monture

Monture + 2 verres simples ⁽³⁾	RSS + 100 €
Monture + 2 verres complexes ⁽³⁾	RSS + 200 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ⁽³⁾	RSS + 150 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % de la BR

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement	100 % de la BR
---	----------------

Actes de prévention

Voir détail page 7	100 % de la BR
--------------------	----------------

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) 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.

(3) VOIR GRILLE OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE**Adulte**

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Qualification par verre
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	simple
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	simple
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	complexe
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	complexe
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	complexe
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	simple
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	simple
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	complexe
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	complexe

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre		Sphère	Qualification par verre
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4		De -6 à +6	complexe
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4		De -6 à +6	complexe
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6		complexe
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6		complexe
2290396 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique		De -4 à +4	complexe
2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique		De -4 à +4	complexe
2245384 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4		complexe
2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4		complexe
2227038 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre		De -8 à +8	complexe
2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre		De -8 à +8	complexe
2202239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8		complexe
2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8		complexe
Enfants (moins de 18 ans)					
Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre		Sphère	Qualification par verre
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique		de -6 à +6	simple
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique		de -6 à +6	simple
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10		complexe
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10		complexe
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10		complexe
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10		complexe
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10		complexe
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10		complexe
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4		De -6 à +6	simple
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4		De -6 à +6	simple
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6		complexe
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6		complexe
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4		De -6 à +6	complexe
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4		De -6 à +6	complexe

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Qualification par verre
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	complexe
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	complexe
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	complexe
2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	complexe
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	complexe
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	complexe
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	complexe
2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	complexe
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	complexe
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	complexe

ACTES DE PRÉVENTION

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1^{re} 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.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

- 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 CESSENT-ELLES ?

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

Les garanties peuvent être suspendue en cas de non-paiement des cotisations.

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

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.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu, pendant les périodes suivantes :

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

Les garanties sont maintenues tant que le salarié fait partie des effectifs.

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

Les cotisations salariales et patronales sont dues dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés en activités.

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

Sans indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail, au-delà des cas ci-dessus, le salarié peut demander à titre individuel de continuer à bénéficier des garanties pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité (patronale et salariale) est à charge exclusive du salarié qui la verse directement à l'Institution.

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu dans les dix premiers jours de chaque mois civil sur leur compte bancaire.

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

Les assurés sont seuls responsables 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.

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 40 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 »

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

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

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

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

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

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien 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 des garanties au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

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

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

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

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

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

Loi Évin

L'Institution propose, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux aux anciens salariés :

- bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou,
- s'ils sont privés d'un emploi, d'un revenu de remplacement,

sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, **dans les 6 mois** suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient.

Ayants droit d'un assuré 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 du contrat de travail : la portabilité des droits », le régime de base est maintenu moyennant paiement des cotisations, 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. Le régime surcomplémentaire facultatif peut également être maintenu.

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 qui suit le décès du salarié, et au plus tard le lendemain de la réception de la demande.

Cessation des garanties collectives

Vous avez la possibilité, ainsi que vos bénéficiaires, d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent vous être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé.

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

COTISATIONS

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

Les montants des cotisations figurent sur votre bulletin de salaire.

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

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

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Faire bénéficier vos ayants droit de votre régime de base.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE RÉGIME ?

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

- **Votre conjoint** : votre époux (se), non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation, ou
- **votre partenaire lié par un pacs** : la personne ayant conclu avec vous-même un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil, ou
- **votre concubin** : la personne avec laquelle vous vivez en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins 2 ans et sans condition de durée, lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que vous soyez tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

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

- Vos enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis ou ceux de votre conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez votre conjoint (partenaire ou concubin) ou qu'ils l'aient eu jusqu'à leur majorité, âgés :
 - de moins de 21 ans,
 - ou **de moins de 28 ans** s'ils poursuivent leurs études dans l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris formation en alternance tels que contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage). À ce titre, ils doivent être inscrits à un régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général ou être inscrit à Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ;
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés.

COTISATION ENFANT : la cotisation du 3^e enfant et plus est gratuite . À compter de 28 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ». À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).

BÉNÉFICIE DU RÉGIME POUR LES AYANTS DROIT : le bénéfice du régime de base pour les ayants droit est possible si le salarié est affilié au régime de base obligatoire.

COMMENT SOUSCRIRE ?

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

QUELS SONT LES ACTES ET LES FRAIS GARANTIS ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définies au résumé des garanties figurant page 4.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

Cette partie ne vous concerne que si vous avez souscrit une des deux options au choix.

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Améliorer vos remboursements en souscrivant à l'une des 2 options facultatives venant s'ajouter à votre régime de base.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

COMMENT SOUSCRIRE ?

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

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

Sous réserve d'une cotisation supplémentaire par adulte

- **Vous-même**, assuré social, salarié de l'entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Organismes de formation ;
- **votre conjoint**, ou concubin, lié ou non par un Pacte civil de solidarité (voir définition page 11).

Sous réserve d'une cotisation supplémentaire par adulte

- **Vos enfants** (voir définition page 11).

BÉNÉFICE DU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE : pour bénéficiaire de ce régime, l'affiliation au régime de base est obligatoire. Par ailleurs, l'affiliation au régime surcomplémentaire s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires du régime de base.

QUAND DÉBUTENT LA GARANTIES ?

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

QUAND CESSENT-ELLES ?

Pour vous même:

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail
- en cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire ;
- .en cas de non paiement des cotisations.

Dans ce cas, la résiliation s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires.

Pour vos éventuels ayants droit :

- en cas de résiliation de votre part ;
- à l'expiration du mois au cours duquel ils ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de base facultatif ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

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

RÉSILIATION DE L'AFFILIATION : en cas de résiliation du contrat complémentaire, aucun bénéficiaire supplémentaire ne peut être rattaché au régime surcomplémentaire.

PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?

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

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

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

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

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

OPTION 1

Les prestations viennent s'ajouter aux garanties du régime de base.

Postes	Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		+ 100 % de la BR
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.		Néant
Actes médicaux		
Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		Néant
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		Néant
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		+ 100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		Néant
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		+ 100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		Néant
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale		
Soins dentaires		+ 50 % de la BR
Inlay simple, onlay		+ 50 % de la BR
Prothèses dentaires		+ 100 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes		+ 100 % de la BR
Orthodontie		+ 100 % de la BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale		
Implants dentaires		Néant
Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽²⁾ .		
Verres simples		+ 100 €
Verres complexes		+ 200 €
1 verre simple et 1 verre complexe		+ 150 €

C.A.S. = CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS. BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.

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

(2) 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.

OPTION 2

Les prestations viennent s'ajouter aux garanties du régime de base.

Postes	Prestations AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		+ 200 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		+ 200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		Néant
Actes médicaux		
Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		+ 100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		Néant
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		+ 200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		Néant
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		+ 200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		Néant
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale		
Soins dentaires		+ 100 % de la BR
Inlay simple, onlay		+ 100 % de la BR
Prothèses dentaires		+ 150 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes		+ 200 % de la BR
Orthodontie		+ 200 % de la BR
Parodontologie		Néant
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale		
Implants dentaires ⁽²⁾		+ crédit de 100 € / année civile

Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽³⁾

verres simples	+ 200 €
verres complexes	+ 300 €
1 verre simple et 1 verre complexe	+ 250 €

C.A.S. = CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS. BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.

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

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

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

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

DURÉE DE L’AFFILIATION

Vous êtes affilié, ainsi que vos éventuels bénéficiaires pour une période se terminant le 31 décembre de l’année en cours et se renouvellent à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une résiliation en cours d’année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif CMU pour sa partie complémentaire (CMU-C).

COTISATIONS

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

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

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

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

INDEXATION

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

- de l’évolution des dépenses de santé prévue (éléments fournis par les Caisses Nationales d’Assurance Maladie) ;
- de l’équilibre global du portefeuille de l’Institution.

Cette indexation vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d’effet prévue.

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

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

ADHÉSION À DISTANCE

Définition

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

Éléments communiqués à l’assuré

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

- 1/ La dénomination de l’organisme assureur, l’adresse de son siège social, lorsque l’organisme assureur est inscrit au registre du commerce et des sociétés, son numéro d’immatriculation, les coordonnées de l’autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l’adresse de la succursale qui propose la couverture ;
- 2/ Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l’assuré de vérifier celle-ci ;
- 3/ La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- 4/ La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l’indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l’utilisation d’une technique de commercialisation à distance ;
- 5/ L’existence ou l’absence d’un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l’adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L’assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l’organisme assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d’effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l’expiration du délai de renonciation ;
- 6/ La loi sur laquelle l’organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l’organisme assureur s’engage à utiliser, avec l’accord de l’assuré, pendant la durée du contrat ;
- 7/ Les modalités d’examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l’existence d’une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d’intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l’existence de fonds de garantie ou d’autres mécanismes d’indemnisation.

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

En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l’organisme assureur ainsi que le caractère commercial de l’appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le souscripteur. La

personne en contact avec le souscripteur doit en outre préciser son identité et son lien avec l'organisme assureur.

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

Définition

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

Droit à renonciation

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

Au titre du présent contrat, le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion par l'assuré.

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

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

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

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

Modèle de renonciation

La demande de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance doit être adressée à votre centre de gestion : AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion - 84 rue Charles Michels - 93284 SAINT DENIS CEDEX.

Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec AR : « J'ai souscrit une adhésion pour le produit Organismes de formation auprès de votre organisme le ____ / ____ / ____, sous le numéro _____.

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

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

Date et Signature »

GÉNÉRALITÉS

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 :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 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 coordonnées (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 (telles que prévues aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L1111-15 DU Code 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

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.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

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

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, tout autre éventuel régime complémentaire frais de santé et la présente garantie.

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement de prestations par l'Institution à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'Institution est subrogée au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses que l'Institution a supportées, conformément aux dispositions légales.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par **2 ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

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

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

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

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE

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

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

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

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE - À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés – 104/110 bd Haussmann - 75379 PARIS Cedex 08, ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

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

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

MODALITÉS DE GESTION

COMMENT VOUS AFFILIER ?

Vous remplissez le bulletin d'affiliation remis par votre employeur et vous y joignez :

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

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

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

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

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOEMIE »), les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) transmettent directement à l'Institution l'ensemble des informations concernant vos remboursements. Si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à la CPAM uniquement**.

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

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

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

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

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

L'Institution adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet : www.ag2ramondiale.fr/particulier.

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale.
- Cependant, à tout moment, l'Institution peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :
- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
 - en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'Institution auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...) ;

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur les factures détaillées des établissements hospitaliers ou des cliniques seront pris en compte pour les remboursements.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, vous devez transmettre à l'Institution une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre régime de base ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

La facture devra comporter le cachet de votre médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale. Un formulaire à faire remplir par votre praticien, afin que l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation soit précisé, est tenu à votre disposition sur simple demande.

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

TIERS PAYANT

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

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

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

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

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

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement **conventionné** (uniquement), le centre de gestion vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris 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 de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous.

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

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

Vous pouvez connaître les opticiens agréés :

- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé) ;
- ou en consultant notre site Internet : www.ag2rlamondiale.fr/particulier

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

RÉSEAU ITELIS : vous pouvez bénéficier du réseau Itelis dans certains domaines comme l'optique et l'audioprothèse, les services sont disponibles sur le site internet www.itelis.fr/particulier-offre-info

EN CAS DE POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE

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

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

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

SECTEUR CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

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

Professionnels de santé

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

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITES INTERNET

- www.ag2rlamondiale.fr/sante-organismes-formation vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé et vous permet de télécharger des documents utiles (notices d'informations, bulletin d'affiliation,...).
- 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 ».

Pour toute information,
N'hésitez pas, contactez-nous.

AG2R LA MONDIALE

Tél : 09 69 394 994

EXEMPLES

Législation en vigueur en janvier 2017.

Nature des frais	Frais réels	Base de remboursement	Remboursements		Reste à votre charge
			Sécurité sociale	AG2R RÉUNICA Prévoyance ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Régime de base	50 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	28 €	3,40 €
Régime de base + option 1	50 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	30,40 €	1 €
Régime de base + option 2	50 €	28,00 €	18,60 € ⁽³⁾	30,40 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale					
Régime de base	450 €	107,50 €	75,25 €	59,13 €	315,62 €
Régime de base + option 1	450 €	107,50 €	75,25 €	166,63 €	208,12 €
Régime de base + option 2	450 €	107,50 €	75,25 €	220,38 €	154,37 €
Optique - adulte					
Régime de base					
Monture	130 €	2,84 €	1,70 €	200 €	319,52 €
Verres (la paire)	400 €	14,64 € ⁽⁴⁾	8,78 €		
Régime de base + option 1					
Monture	130 €	2,84 €	1,70 €	400 €	119,52 €
Verres (la paire)	400 €	14,64 € ⁽⁴⁾	8,78 €		
Régime de base + option 2					
Monture	130 €	2,84 €	1,70 €	500 €	19,52 €
Verres (la paire)	400 €	14,64 € ⁽⁴⁾	8,78 €		

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

(2) DANS LE CADRE DU PARCOURS COORDONNÉ, CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE ADHÉRENT AU C.A.S. (DÉPASSEMENT MAÎTRISÉ), POUR AVIS PONCTUEL, SUR AVIS DU MÉDECIN TRAITANT.

(3) CET EXEMPLE TIEN COMPTÉ DE LA CONTRIBUTION FORFAITAIRE DE 1 € LAISSÉE À VOTRE CHARGE (ARTICLE L. 160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE).

(4) EXEMPLE POUR UN VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, DE SPHÈRE DE - 4,00 À + 4,00.

LEXIQUE

- **Frais réels (FR)** : total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.
- **Base de remboursement (BR)** : tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.
- **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.

SERVICE 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 !