

FRAIS DE SANTÉ

JUILLET 2017

SALARIÉS

Notice d'information

Convention Collective Nationale des Professions de la Photographie
(Brochure n° 3150)



AG2R LA MONDIALE



Notice d'information

S O M M A I R E

01

Présentation

02

Votre régime obligatoire

Régime de base Essentiel	5
Quel est l'objet du régime ?	5
Personnel visé	5
Comment bénéficier de ce régime ?	5
Quels sont les actes et frais garantis ?	5
Résumé des garanties	6
Grille optique	8
Quand débutent les garanties ?	10
Quand cessent-elles ?	10
Peuvent-elles être maintenues ?	10
Cotisations	11

03

Vos régimes facultatifs

Régime de base Essentiel pour vos ayants droit	12
Quel est l'objet du régime ?	12
Quels sont les bénéficiaires ?	12
Comment souscrire ?	12
Quels sont les actes et frais garantis ?	12
Quand débutent les garanties ?	12
Quand cessent-elles ?	12
Régime surcomplémentaire	12
Quel est l'objet du régime ?	13
Quels sont les bénéficiaires ?	13
Comment souscrire ?	13
Quels sont les actes et frais garantis ?	13
Résumé des garanties	14
Grille optique	16
Quand débutent vos garanties ?	18
Quand cessent-elles ?	18
Dispositions communes aux régimes facultatifs	19
Durée de l'affiliation	19
Cotisations	19
Indexation	19
Adhésion à distance	19
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	20

04

Généralités

Exclusions et limites des garanties 21

Exclusions	21
Limites des garanties	21

Plafond des remboursements 22**Prescription 22****Recours contre les tiers responsables 22****Réclamations - médiation 22****Informatique et libertés / lutte contre la fraude 22****Autorité de contrôle 23**

05

Modalités de gestion

Comment vous affilier ?	24
Comment s'effectuent vos remboursements ?	24
Tiers payant	25
Accords de prise en charge	25

Quelques informations utiles 26

Secteur conventionné/non conventionné	26
Médecin traitant et correspondant	26
Parcours de soins coordonnés	26
Médecins non conventionnés	26
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (D.P.T.M.)	26
Participation forfaitaire/franchise	27

Pour tout renseignement 27

Site internet	27
---------------	----

Lexique 27**Exemples de remboursement 28**

06

Mes services

Découvrez notre application mobile « ma santé » 30

L'application mobile « ma santé » en détail	30
Les autres services santé	30

Découvrez notre application mobile « service client » 30

La foire aux questions (FAQ)	30
Les numéros de service client	30
La disponibilité du service client	30
Nouveauté : faites-vous rappeler !	31

Pour toute information, n'hésitez pas, contactez-nous 32

Présentation

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Professions de la photographie dont relève votre entreprise ont signé le 20 décembre 2013, un accord collectif de travail, portant création d'un régime collectif de protection sociale complémentaire « frais de santé » obligatoire au profit de l'ensemble des salariés.

AG2R Réunica Prévoyance (dénommée « l'Institution » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE est l'organisme assureur recommandé par l'accord pour gérer vos garanties frais de santé.

Ces garanties comprennent :

- un régime de **base Essentiel obligatoire** pour vous-même et facultatif pour vos ayants droit ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** (2 options au choix Confort ou Summum) si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime de base « ESSENTIEL ».

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

Elle 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 Essentiel

Quel est l'objet du régime ?

Vous faire bénéficier d'une complémentaire santé prise en charge en partie par votre entreprise.

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

Personnel visé

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale des Professions de la photographie.

Comment bénéficier de ce régime ?

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

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Maternité – Adoption

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

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

Résumé des garanties

Régime de base Essentiel

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE Y COMPRIS PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾
	CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	150 % de la BR
Forfait hospitalier engagé ⁽²⁾	100 % du forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
Chambre particulière	70 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans ⁽³⁾	40 € par jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % de la BR
Actes médicaux	
Généralistes, spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
Auxiliaires médicaux	
Analyses	100 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 200 € par œil et par année civile
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % de la BR
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	
Vaccin antigrippe	100 % des FR
Autres vaccins	Crédit de 20 € par année civile
Sevrage tabagique	Crédit de 75 € par année civile
Contraception prescrite	Crédit de 50 € par année civile
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % de la BR + 500 € limité à 1 acte par année civile
Orthopédie et autres prothèses	125 % de la BR + crédit de 150 € par année civile
Prothèses externes liées au traitement du cancer	RSS + 400 € limité à 1 acte par année civile
Fauteuil pour handicapés physiques	RSS + 750 € limité à 1 acte par année civile
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Soins dentaires	
Inlay simple et onlay	100 % de la BR
Prothèses dentaires	300 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	300 % de la BR
Orthodontie	300 % de la BR

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE Y COMPRIS PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	
POSTES	CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	
Parodontologie ⁽⁴⁾	Crédit de 100 € par année civile
Prothèses dentaires ⁽⁵⁾	Crédit de 100 € par année civile
Orthodontie	Crédit de 200 € par 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 ⁽⁶⁾	
Monture adulte	RSS + 70 €
Monture enfant	RSS + 50 €
Verres	RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 8
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 100 € par année civile
Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	RSS + 300 € limité à une intervention par année civile
Maternité/Adoption	
Par enfant déclaré	Forfait de 200 €
Médecines hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, psychomotricien pour enfants ⁽⁷⁾	20 € par acte limité à 4 actes par année civile
Actes de prévention	
Voir détail ci-après ⁽⁸⁾	100 % de la BR

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir: C.A.S. = contrat d'accès aux soins. OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens. FR = frais réels. RSS = remboursement Sécurité sociale.

- (1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.
- (2) Le forfait hospitalier est versé sans limitation de durée **uniquement pour les établissements de santé.**
- (3) Sur présentation d'un justificatif.
- (4) À l'exclusion d'actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.
- (5) **Actes pris en charge dans ce poste:**
- couronnes dentaires (HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenons provisoires, couronnes à recouvrement partiel);
 - prothèses supra implantaires (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171);
 - bridges (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) ainsi que les actes annexes s'y rapportant (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087) à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.
- (6) 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.
- (7) Si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée.

(8) Actes de prévention

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1^{ers} et 2^{es} 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 obligatoirement; 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.

Grille optique

Adultes (âgé de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCAUX/ MUTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R ^{BT} PAR VERRE
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	50 €
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	50 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	80 €
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	80 €
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	50 €
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	50 €
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	80 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	80 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2290396 : verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	110 €
2291183 : verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	110 €
2245384 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
2295198 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
2227038 : verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	110 €
2299180 : verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	110 €
2202239 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	150 €
2252042 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	150 €

Enfants (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCAUX/ MUTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R ^{BT} PAR VERRE
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	40 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	40 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	40 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
2259245 : verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	75 €
2264045 : verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	75 €
2238792 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	75 €
2202452 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	75 €
2240671 : verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	75 €
2282221 : verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	75 €
2234239 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	75 €
2259660 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	75 €

Quand débutent les garanties ?

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

Quand cessent-elles ?

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

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations par l'employeur.

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

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de l'Institution est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation à titre individuel et de son propre fait.

Peuvent-elles être maintenues ?

En cas de suspension du contrat de travail

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations salariales et patronales correspondantes (dans les mêmes conditions que celles des salariés en activité) lorsque la suspension du contrat de travail est due à :

- un arrêt de travail pour maladie, maternité, adoption ou paternité ;
- un arrêt de travail pour accident de travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;
- l'exercice du droit de grève ;
- un congé non rémunéré qui n'excède pas un mois consécutif.

En tout état de cause, les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Sans indemnisation

Dans les autres cas que ceux cités ci-dessus (congés non rémunérés, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise...), le salarié peut demander, à titre individuel, à continuer à bénéficier du régime de base Essentiel obligatoire pendant la durée du congé.

La totalité de la cotisation est à la charge exclusive du salarié.

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

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

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

Le maintien facultatif des garanties prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir ses garanties pendant son congé, le droit à garanties reprend dès sa reprise de travail.

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

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

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

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

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

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

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

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

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

Formalités de déclaration

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

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

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

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

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

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

Paiement des prestations

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

Loi Évin

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

- bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,

d'une pension de retraite ;

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

Ayants droit d'un salarié décédé

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

Le régime surcomplémentaire facultatif quant à lui n'est pas 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 du mois qui suit le décès du salarié, et au plus tard au lendemain de la réception de la demande.

Cessation des garanties collectives

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

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 rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

Cotisations

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

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

Vos régimes facultatifs

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

Régime de base Essentiel pour vos ayants droit

Quel est l'objet du régime ?

Faire bénéficier votre famille du régime de base Essentiel.

Quels sont les bénéficiaires ?

Sous réserve du paiement d'une cotisation « adulte »

Votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité.

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

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

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

BÉNÉFICE DU RÉGIME POUR LES AYANTS DROIT

Le bénéfice du régime de base Essentiel facultatif est possible si le salarié est affilié au régime de base Essentiel obligatoire.

COTISATION ENFANT

La cotisation du 3^e enfant et plus est gratuite. À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

Comment souscrire ?

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

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Quand débutent les garanties ?

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

Quand cessent-elles ?

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

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

Régime surcomplémentaire

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

Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime de

base Essentiel est obligatoire.

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

Quel est l'objet du régime ?

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

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

Quels sont les bénéficiaires ?

Sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire

Par « adulte »

- **Vous-même**, assuré social, salarié d'une entreprise ou d'un établissement relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Professions de la photographie ;
- **votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité.

Par « enfant »

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

Comment souscrire ?

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

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Maternité – Adoption

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

Un seul forfait est octroyé par période de 300 jours à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte pour le versement du forfait

maternité et pour le calcul de la période de 300 jours sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Résumé des garanties

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE ESSENTIEL ⁽¹⁾	
	OPTION CONFORT	OPTION SUMMUM
	conventionné/ non conventionné	conventionné/ non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	+ 50 % de la BR	+ 150 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 100 % de la BR	+ 150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 70 % de la BR	+ 70 % de la BR
Chambre particulière	+ 10 € par jour	+20 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans ⁽²⁾	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale		
Transport	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Actes médicaux		
Généralistes, spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
Auxiliaires médicaux	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Analyses	Néant	+ 50 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale		
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 100 € par œil et par année civile	+ Crédit de 200 € par œil et par année civile
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale		
Autres vaccins	+ Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 30 € par année civile
Sevrage tabagique	+ Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 30 € par année civile
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives	+ 50 € limité à 1 acte par année civile	+ 100 € limité à 1 acte par année civile
Orthopédie et autres prothèses	+ 50 % de la BR + crédit de 50 € par année civile	+ 100 % de la BR + crédit de 100 € par année civile
Prothèses externes liées au traitement du cancer	+ 100 € limité à 1 acte par année civile	+ 150 € limité à 1 acte par année civile
Fauteuil pour handicapés physiques	+ 50 € limité à 1 acte par année civile	+ 50 € limité à 1 acte par année civile
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires	+ 100 % de la BR	+ 150 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	+ 100 % de la BR	+ 150 % de la BR
Orthodontie	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale		
Parodontologie ⁽³⁾	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 75 € par année civile
Prothèses dentaires ⁽⁴⁾	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 200 € par année civile
Orthodontie	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE ESSENTIEL ⁽¹⁾	
	OPTION CONFORT	OPTION SUMMUM
	conventionné/ non conventionné	conventionné/ non conventionné
Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de 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 ⁽⁵⁾		
Monture adulte	+ Forfait de 80 €	+ Forfait de 80 €
Monture enfant	+ Forfait de 100 €	+ Forfait de 100 €
Verres	+ Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 16	+ Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 16
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	Néant	+ 50 € limité à 1 acte par année civile
Maternité / Adoption		
Par enfant déclaré	Néant	+ 100 €
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, psychomotricien pour enfants ⁽⁶⁾	+ 20 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 30 € par acte limité à 4 actes par année civile

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : C.A.S. = contrat d'accès aux soins. OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

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

(2) Sur présentation d'un justificatif.

(3) À l'exclusion d'actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Actes pris en charge dans ce poste :

- couronnes dentaires (HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenons provisoires, couronnes à recouvrement partiel) ;
- prothèses supra implantaires (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171) ;
- bridges (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) ainsi que les actes annexes s'y rapportant (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087) à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(5) 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.

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

Grille optique

Adultes (âgé de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCAUX/ MUTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R ^{BT} PAR VERRE	
				OPTION CONFORT	OPTION SUMMUM
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 30 €	+ 40 €
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 30 €	+ 40 €
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2290396 : verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 30 €	+ 40 €
2291183 : verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 30 €	+ 40 €
2245384 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 30 €	+ 40 €
2295198 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 30 €	+ 40 €
2227038 : verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 30 €	+ 40 €
2299180 : verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 30 €	+ 40 €
2202239 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 30 €	+ 40 €
2252042 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 30 €	+ 40 €

Enfants (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCAUX/ MUTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	RBT PAR VERRE	
				OPTION CONFORT	OPTION SUMMUM
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	+ 20 €	+ 30 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	+ 20 €	+ 30 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 40 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 30 €	+ 40 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	+ 30 €	+ 40 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 20 €	+ 30 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	+ 20 €	+ 30 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	+ 30 €	+ 40 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	+ 30 €	+ 40 €
2259245 : verre blanc	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 30 €	+ 40 €
2264045 : verre teinté	Mutifocaux	Sphérique	De -4 à +4	+ 30 €	+ 40 €
2238792 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 30 €	+ 40 €
2202452 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	+ 30 €	+ 40 €
2240671 : verre blanc	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 30 €	+ 40 €
2282221 : verre teinté	Mutifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	+ 30 €	+ 40 €
2234239 : verre blanc	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 30 €	+ 40 €
2259660 : verre teinté	Mutifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	+ 30 €	+ 40 €

Quand débutent vos garanties ?

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

Quand cessent-elles ?

Pour vous-même

- En cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base Essentiel 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 ;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de base Essentiel facultatif ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations, la résiliation du régime surcomplémentaire du salarié ou des ayants droit entraîne la résiliation de ce régime pour l'ensemble des bénéficiaires.



Dispositions communes aux régimes facultatifs

Durée de l'affiliation

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

Cotisations

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

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de l'échéance, il vous est adressé une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, vous êtes informé de la cessation automatique des garanties.

Indexation

Les cotisations peuvent être indexées au 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend de l'équilibre global du portefeuille mutualisé.

L'indexation ainsi définie vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date de l'échéance annuelle.

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

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

Adhésion à distance

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

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

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

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

Adhésion suite au démarchage de l'assuré**Définition**

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

AG2R Réunica Prévoyance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à AG2R RÉUNICA Prévoyance si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Modèle de renonciation

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

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

J'ai souscrit une adhésion auprès de votre organisme
le ____ / ____ / ____,
sous le numéro _____.

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

Après réflexion, et comme 14 jours ne se sont pas
écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion
(ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion
si cette date est postérieure), je déclare renoncer à
mon adhésion.

Généralités

Exclusions et limites des garanties

Les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Exclusions

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

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

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

- de la législation sur les pensions militaires ;
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique ;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L160-13 du

Code de la Sécurité sociale ;

- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Limites des garanties

- **Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale :** lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'assureur.
- **Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux :** le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.
- **Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles) :** le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.
- **Actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait :** à l'exception du forfait maternité, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'assureur.
- **Pharmacie :** pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire se fera également sur cette base.
- **Maternité :** la garantie maternité n'intervient que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité. L'article D331 du Code de la Sécurité sociale prévoit que cette période débute 4 mois avant

la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après l'accouchement.

- **Frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné :** la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité sociale ; cette limite de 90 jours ne s'applique pas à la prise en charge du forfait hospitalier.

Plafond des remboursements

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

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

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Recours contre les tiers responsables

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

Réclamations - médiation

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

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

- AG2R LA MONDIALE - Direction de la Qualité - 104/110 boulevard Haussmann – 75379 PARIS CEDEX 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au :

- Conciliateur AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Barœul - 59896 LILLE CEDEX 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du :

- CTIP 10 rue Cambacérès - 75008 PARIS.

Informatique et libertés / lutte contre la fraude

Les données à caractère personnel traitées par votre Organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant,

être communiquées aux membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services.

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

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

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous 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 relève de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

Modalités de gestion

Comment vous affilier ?

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

- la photocopie de votre attestation de droits 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 d'assurance maladie obligatoire 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 l'assurance maladie obligatoire 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.

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 des présentes garanties 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 des garanties définies dans la présente notice et sur présentation de l'original du décompte de ladite complémentaire santé.

ATTENTION

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

Paiement des prestations

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

L'Institution adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet : www.ag2rlamondiale.fr/particulier.

Demande de justificatifs

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

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

Cependant, à tout moment, l'Institution peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- **pour les vaccins**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- **pour le forfait maternité**, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département ;
- **pour l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie**, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- **pour la chirurgie réfractive**, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- **pour les médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale**, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- **en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle**, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'Institution auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

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

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, vous devez transmettre 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

Chaque salarié complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une carte de tiers payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le régime.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

- 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.

Vous pouvez géolocaliser les professionnels de santé pratiquant le tiers payant avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur :

- www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

CARTE DE TIERS PAYANT

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte de tiers payant ; votre carte vous évite l'avance de frais. Attention : lorsque vous bénéficiez du tiers payant pharmaceutique « Sécurité sociale » et que vous ne présentez pas votre carte de tiers payant, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien. Dans ce cas, votre pharmacien doit vous remettre une facture acquittée.

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 des garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

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

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

- sur PLACE : en présentant votre carte de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue

cette démarche pour vous ;

- ou par TÉLÉPHONE au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé) ;
- ou via votre ESPACE CLIENT sur inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion

En matière d'optique

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

Vous pouvez connaître les OPTICIENS AGRÉÉS :

- en vous CONNECTANT à votre espace client : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion
- avec l'APPLICATION MOBILE MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante
- en TÉLÉPHONANT au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

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

RÉSEAU ITELIS

Vous pouvez bénéficier du réseau Itelis dans certains domaines comme l'optique et l'audioprothèse ; les services sont disponibles sur le site internet www.itelis.fr/particulier-offre-info Vous pouvez également consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

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.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (D.P.T.M.)

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

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

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

Option pratique maîtrisée (OPTAM) / Option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

La Sécurité sociale a proposé aux professions médicales pratiquant les dépassements d'honoraires une nouvelle convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. À ce titre, les honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM-CO sont mieux remboursés (base de remboursement Sécurité sociale supérieure et meilleur remboursement de la complémentaire).

Rendez-vous sur « annuaire.sante.ameli.fr » pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO.

Participation forfaitaire/franchise

Participation forfaitaire d'un euro

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

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

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

Franchise

C'est une somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par le régime général de la Sécurité sociale).

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires :

- pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

Pour tout renseignement

Site internet

- www.ag2ramondiale.fr vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace clients » et vous permet d'accéder à l'espace dédié à vos garanties et de télécharger les documents utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation) en choisissant la Convention collective nationale de la Photographie professionnelle dans la liste déroulante prévue à cet effet.

Lexique

- **Frais réels (FR)** : total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.
- **Base de remboursement (BR)** : tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.
- **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (D.P.T.M.)** : dispositif mis en place par convention entre l'Assurance maladie et certains praticiens, ayant pour objectif un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. Au 1^{er} janvier 2017, ces praticiens peuvent adhérer à un des D.P.T.M. suivants :
 - C.A.S : contrat d'accès aux soins,
 - OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée,
 - OPTAM-CO : option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens.
- **Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune des actes médicaux (CCAM)** : liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.
- **Ticket modérateur (TM)** : différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

Exemples de remboursement

Selon la législation et les tarifs en vigueur en MAI 2017

FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIMES	R ^{BT} AG2R RÉUNICA PRÉ-VOYANCE ⁽¹⁾	RESTE À CHARGE
Consultation chez un spécialiste adhérent à un D.P.T.M. (dépassement maîtrisé) dans le cadre du parcours de soins ⁽²⁾					
30 €	28 €	18,60 € ⁽³⁾	Régime de base ESSENTIEL	10,40 €	1 €
			Régime de base ESSENTIEL + option CONFORT	10,40 €	1 €
			Régime de base ESSENTIEL + option SUMMUM	10,40 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale - Couronne céramique					
500 €	107,50 €	75,25 €	Régime de base ESSENTIEL	247,25 €	177,50 €
			Régime de base ESSENTIEL + option CONFORT	354,75 €	70 €
			Régime de base ESSENTIEL + option SUMMUM	408,50 €	16,25 €
Optique - Monture adulte					
150 €	2,84 €	1,70 €	Régime de base ESSENTIEL	70,00 €	78,30 €
			Régime de base ESSENTIEL + option CONFORT	148,30 €	0 €
			Régime de base ESSENTIEL + option SUMMUM	148,30 €	0 €
Optique - Verres adulte (la paire) - Verre multifocal (ou progressif) sphère de -4 à +4					
350 €	14,64 €	8,78 €	Régime de base ESSENTIEL	220 €	121,22 €
			Régime de base ESSENTIEL + option CONFORT	280 €	61,22 €
			Régime de base ESSENTIEL + option SUMMUM	300 €	41,22 €

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

(2) Pour avis ponctuel (sur avis du médecin traitant).

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (art. L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Évolution de la législation à compter du 1^{er} juillet 2017

Pour la consultation d'un spécialiste adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (dans le cadre du parcours de soins coordonnés, sur avis du médecin traitant), la base de remboursement de la Sécurité sociale passe de 28,00 € à 30,00 €.

Par conséquent les remboursements et le reste à charge évoluent comme suit :

FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIMES	R ^{BT} AG2R RÉUNICA PRÉ-VOYANCE ⁽¹⁾	RESTE À CHARGE
Consultation chez un spécialiste adhérent à un D.P.T.M. (dépassement maîtrisé) dans le cadre du parcours de soins ⁽²⁾					
30 €	30 €	20 € ⁽³⁾	Régime de base ESSENTIEL	9 €	1 €
			Régime de base ESSENTIEL + option CONFORT	9 €	1 €
			Régime de base ESSENTIEL + option SUMMUM	9 €	1 €

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

(2) Pour avis ponctuel (sur avis du médecin traitant).

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (art. L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Mes services

Découvrez notre application mobile « ma santé »

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

Localisez les pharmaciens, médecins, dentistes, opticiens et autres professionnels de santé qui acceptent votre carte de tiers payant autour de vous.

Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

- www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

L'application mobile « ma santé » en détail

Comment fonctionne l'application mobile « ma santé » ?

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

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte :

- inscription.ag2ramondiale.fr/connexion/

Les autres services santé

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- **Demander** en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol) : en cas de perte de votre carte de tiers payant, ou si vous souhaitez obtenir un duplicata de votre carte pour un membre de votre famille, vous pouvez effectuer une demande de réédition de votre carte depuis votre espace client AG2R LA MONDIALE. Un service simple, gratuit et rapide !

- **Localiser** un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant près de chez vous : avec notre groupe, vous bénéficiez d'avantages négociés auprès de nos opticiens et de nos audioprothésistes partenaires. Choisir ag2r la mondiale, c'est choisir un groupe qui vous propose une gamme complète de services pour votre santé à des prix adaptés à votre budget.
- **Recevoir** une alerte remboursement santé par e-mail : avec le service de suivi des remboursements santé, recevez une alerte par e-mail lorsqu'un remboursement est effectué sur votre compte bancaire. Un service gratuit, disponible 7j/7, 24h/24.

Découvrez notre application mobile « service client »

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

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

- www.ag2ramondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html

La foire aux questions (FAQ)

La foire aux questions propose des réponses qualifiées aux demandes les plus fréquentes que vous pouvez formuler sur un thème donné. Vous pouvez ainsi trouver directement sur votre téléphone mobile la réponse que vous cherchiez sans devoir contacter votre service client.

Les numéros de service client

Les numéros de téléphone de l'ensemble des services de relation client sont préprogrammés et disponible dans l'application. Vous n'avez plus à chercher ces numéros dans vos dossiers.

La disponibilité du service client

L'application mentionne pour chaque numéro de téléphone les plages horaires d'ouverture des services. Elle mentionne également à titre indicatif les meilleures périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps.

Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

Nouveauté : faites-vous rappeler !

Ne perdez plus de temps, soyez rappelé au numéro de votre choix dès qu'un conseiller est disponible.

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte :

- inscription.ag2ramondiale.fr/connexion/



Au cœur de la protection sociale

Pour toute information,
n'hésitez pas, contactez-nous

AG2R LA MONDIALE

15 rue du Verdon
CS 10108
67024 STRASBOURG CEDEX



AG2R LA MONDIALE

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