



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—

NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale des Entreprises de propreté et services associés [Brochure 3173 - IDCC 3043]

Personnel cadre

SOMMAIRE

PRÉSENTATION **4**

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE **5**

RÉGIME DE BASE

1/Quel est l'objet de ce régime ?	5
2/Quel est le personnel concerné ?	5
3/Comment bénéficier de ce régime ?	5
4/ Quels sont les actes et frais garantis ?	5
5/Quand débutent les garanties ?	8
6/Quand cessent-elles ?	8
7/Peuvent-elles être maintenues ?	8
8/Cotisations	9

VOS RÉGIMES FACULTATIFS **10**

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

1/Quel est l'objet du régime ?	10
2/Quels sont les bénéficiaires ?	10
3/Comment souscrire ?	10
4/Quels sont les actes et frais garantis ?	10
5/Quand débutent vos garanties ?	11
6/Quand cessent vos garanties ?	11

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

1/Quel est l'objet du régime ?	12
2/Quels sont les bénéficiaires ?	12
3/Comment souscrire ?	12
4/Quels sont les actes et frais garantis ?	12
5/Quand débutent vos garanties ?	12
6/Quand cessent-elles ?	12
7/Peut-on changer de renfort ?	15

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

1/Durée de votre affiliation	16
2/ Cotisations	16
3/ Indexation	16
4/Adhésion à distance	16
5/Adhésion suite au démarchage de l'assuré	17

GÉNÉRALITÉS **18**

1/Exclusions	18
2/Limites des garanties	18
3/Plafond des remboursements	19
4/Prescription	19
5/Recours contre les tiers responsables	19
6/Réclamations - médiation	19
7/Informatique et libertés / lutte contre la fraude	19
8/Autorité de contrôle	20

MODALITÉS DE GESTION **21**

1/Comment s'effectuent vos remboursements ?	21
---------------------------------------------	----

2/Tiers payant	22
3/Accords de prise en charge	22
4/Quelques informations utiles	23
5/Lexique	24
6/Pour tout renseignement	24

MES SERVICES	25
---------------------	-----------

Découvrez notre application mobile « ma santé »	25
Découvrez notre application mobile « service client »	26

ENGAGEMENT SOCIÉTAL AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE	27
----------------------------------------------------	-----------

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	28
------------------------------------------------------	-----------

PRÉSENTATION

VOTRE ENTREPRISE RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES DE PROPRIÉTÉ ET SERVICES ASSOCIÉS, A MIS EN PLACE UNE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ AU PROFIT DE :

- son personnel **cadre**, à savoir l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale de Retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention (définition conforme au décret du 9 janvier 2012).

Cette garantie comprend :

- un régime de **base obligatoire** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif**, comprenant deux options au choix, si vous voulez améliorer le remboursement des frais garantis par le régime de base.

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

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

Cette NOTICE D'INFORMATION s'applique à compter du **1^{er} janvier 2018**. Elle est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement de la garantie souscrite.

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

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

RÉGIME DE BASE

1/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.

2/QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Vous-même, assuré social, salarié cadre d'une entreprise ou d'un établissement relevant du champ d'application de la **Convention collective nationale des Entreprises de propreté et services associés** [Brochure 3173 - IDCC 3043].

On entend par salarié **cadre**, le salarié relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale de Retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention (définition conforme au décret du 9 janvier 2012).

3/COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME ?

Complétez la partie « ADHÉSION OBLIGATOIRE - Régime de base » du bulletin d'affiliation santé puis remettez-le à votre employeur, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de

l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire,...).

4/ QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garanties 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 dans le résumé des garanties.

MODIFICATION DE SITUATION

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

- AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion - TSA 71505 - 24 boulevard de Beaumont - 35000 RENNES;
- ou bien téléchargez la fiche de correspondance sur votre site internet : www.ag2ramondiale.fr/sante-proprete.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Les niveaux des prestations indiquées ci-dessous s'entendent **y compris** la part de la Sécurité sociale. Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le **secteur conventionné** comme pour le **secteur non conventionné**.

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE Y COMPRIS PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	100 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR
Forfait hospitalier engagé (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR
Chambre particulière	45 € par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	
Transport	100 % BR
Actes médicaux	
Généralistes, spécialistes ⁽²⁾	100 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie remboursée à 65 % ou à 30 %	100 % BR
Appareillages acceptés par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % BR + 250 € / année civile
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR
Inlay simple, onlay	150 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	260 % BR
Inlay core simple ou à clavette	260 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200 % BR + 200 € / semestre
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⁾	
Monture	100 % BR + 50 €
Verres simples ⁽⁴⁾	100 % BR + 75 €
Verres complexes ⁽⁵⁾	100 % BR + 175 €
Verres hypercomplexes ⁽⁶⁾	100 % BR + 280 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + crédit de 170 € / année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris jetables	Crédit de 170 € / année civile
Médecines hors nomenclature	
Ostéopathie ⁽⁷⁾	30 € / séance limité à 1 séance par année civile
Actes de prévention	
Voir liste des actes de prévention ci-dessous	100 % BR

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.

BR = base de remboursement Sécurité sociale.
FR = frais réels.

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

(2) Médecins adhérents à un D.P.T.M. ou non adhérents à un D.P.T.M.

(3) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une

correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(4) **Verres simples**: verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

(5) **Verres complexes**: verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00, et les verres multifocaux ou progressifs.

(6) **Verres hypercomplexes**: verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

(7) Si intervention de praticien inscrit auprès d'une association agréée).

Liste des actes de prévention pris en compte:

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans;
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum;
- Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans;
- Dépistage de l'hépatite B;
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour 1 des actes suivants:
 - A) audiométrie tonale ou vocale ;
 - B) audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - C) audiométrie vocale dans le bruit ;
 - D) audiométrie tonale et vocale ;
 - E) audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie,
- Osteodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans;
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées:
 - A) diphtérie, tétanos et poliomyélite: tous âges ;
 - B) coqueluche: avant 14 ans ;
 - C) hépatite B: avant 14 ans ;
 - D) BCG: avant 6 ans ;
 - E) rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - F) haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
 - G) vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

5/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.

6/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.

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

7/PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au salarié :

- dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence sans maintien de salaire ni indemnisation (ex : congé parental, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, ...).

Durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties est assuré pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail pour maladie, congé ou absence, indemnisé ou non.

En tout état de cause, le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail cesse :

- lorsque le salarié reprend son activité;
- lorsqu'il ne remplit plus les conditions pour faire partie du personnel couvert par le régime frais de santé;
- en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion de l'entreprise.

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 des garanties 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 des garanties sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par le dernier 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, et/ou concomitants chez plusieurs employeurs. 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 des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties 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'employeur 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

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.

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 des garanties.

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 au profit :

- des 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 est maintenu gratuitement à ses ayants droit qui étaient déjà couverts, 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 option 1 ou 2 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 prévue au 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 bénéficiaires, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

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

8/COTISATIONS

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié. Le prélèvement de votre quote-part est effectué mensuellement par votre employeur directement sur votre bulletin de salaire.

Elles sont versées par l'employeur à l'Institution à la fin de chaque trimestre.

Les taux de cotisations figurent sur votre bulletin de salaire.

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

RÉGIME DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

Le régime de base facultatif est applicable si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

1/QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Faire bénéficier votre famille du régime de base.

2/QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE « CONJOINT »

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

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE 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).

3/COMMENT SOUSCRIRE ?

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

4/QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

BÉNÉFICE DU RÉGIME POUR LES AYANTS DROIT

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

COTISATION ENFANT

La cotisation du 3^e enfant et des suivants est gratuite.

À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge; cependant, ils sont redevables d'une cotisation du même montant que celle du conjoint.

5/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 du bulletin d'affiliation si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

6/QUAND CESSENT VOS 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 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 FACULTATIF

Le régime surcomplémentaire (renfort Option 1 ou Option 2) 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 est obligatoire.

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

1/QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

Améliorer vos remboursements en choisissant un des 2 renforts facultatifs (option 1 ou option 2) venant s'ajouter à votre régime de base.

Le choix du renfort s'applique obligatoirement à tous les bénéficiaires du régime.

2/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 Entreprises de propreté et services associés;
- **votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non).

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE PAR « ENFANT »

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

3/COMMENT SOUSCRIRE ?

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

COTISATION ENFANT

La cotisation du 3^e enfant et des suivants est gratuite.

4/QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garanties 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.

5/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 du bulletin d'affiliation si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

6/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 des garanties.

POUR VOS ÉVENTUELS BÉNÉFICIAIRES

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

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

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

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

RÉSUMÉ DES GARANTIES

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE ⁽¹⁾

SECTEUR CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

POSTES	Option 1	Option 2
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 20 % BR	+ 40 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 20 % BR	+ 40 % BR
Actes médicaux		
Généralistes, spécialistes		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 30 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 10 % BR	+ 30 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 30 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 10 % BR	+ 30 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 30 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 10 % BR	+ 30 % BR
Appareillages acceptés par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives	+ 50 € / année civile	+ 100 € / année civile
Orthopédie et autres prothèses	+ 50 € / année civile	+ 100 € / année civile
Dentaire		
Inlay simple, onlay	+ 25 % BR	+ 50 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	+ 35 % BR	+ 70 % BR
Inlay core simple ou à clavette	+ 35 % BR	+ 70 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	+ 50 € / semestre	+ 100 € / semestre
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⁾		
Monture	+ 10 €	+ 20 €
Verres simples ⁽³⁾	+ 25 €	+ 50 €
Verres complexes ⁽⁴⁾	+ 25 €	+ 50 €
Verres hypercomplexes ⁽⁵⁾	+ 25 €	+ 50 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale, y compris jetables	+ 20 € / année civile	+ 40 € / année civile
Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires, de voyage et hébergement	30 % BR + crédit annuel de 100 €	30 % BR + crédit annuel de 200 €

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.
- 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 un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(3) **Verres simples** : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

(4) **Verres complexes** : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00, et les verres multifocaux ou progressifs.

(5) **Verres hypercomplexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Législation en vigueur en JANVIER 2018.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R RÉUNICA PRÉ-VOYANCE ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Régime de base	45,00 €	30,00 €	20,00 € ⁽³⁾	9,00 €	16,00 €
Régime de base + option 1	45,00 €	30,00 €	20,00 € ⁽³⁾	18,00 €	7,00 €
Régime de base + option 2	45,00 €	30,00 €	20,00 € ⁽³⁾	24,00 €	1,00 €
Prothèse dentaire ⁽⁴⁾ remboursée Sécurité sociale					
Régime de base	400,00 €	107,50 €	75,25 €	204,25 €	120,50 €
Régime de base + option 1	400,00 €	107,50 €	75,25 €	241,88 €	82,87 €
Régime de base + option 2	400,00 €	107,50 €	75,25 €	279,50 €	42,25 €
Monture					
Régime de base	100,00 €	2,84 €	1,70 €	51,14 €	47,16 €
Régime de base + option 1	100,00 €	2,84 €	1,70 €	61,14 €	37,16 €
Régime de base + option 2	100,00 €	2,84 €	1,70 €	71,14 €	27,16 €
Verres (la paire)					
Régime de base	180,00 €	4,58 € ⁽⁵⁾	2,75 €	76,83 €	100,42 €
Régime de base + option 1	180,00 €	4,58 € ⁽⁵⁾	2,75 €	101,83 €	75,42 €
Régime de base + option 2	180,00 €	4,58 € ⁽⁵⁾	2,75 €	126,83 €	50,42 €

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

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin correspondant de secteur 2 (à honoraires libres), sur avis du médecin traitant.

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

(4) Exemple pour une prothèse sur prémolaire remboursée par la Sécurité sociale.

(5) Exemple pour un verre blanc simples foyers, de sphère de -6,00 à +6,00, pour les adultes.

7/PEUT-ON CHANGER DE RENFORT ?

Vous pouvez changer de renfort au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception. Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à l'un des renforts.

Lorsque vous justifiez d'une modification de situation familiale (mariage, signature d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, signataire ou non d'un PACS, ou d'un enfant) dans les 2 mois précédant la demande de changement de renfort :

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

Tout changement de renfort concernera l'ensemble des personnes assurées.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

1/DURÉE DE VOTRE 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 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).

2/ 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.

3/ 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 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.

4/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 de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.
- 6/La loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'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.

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

Date et Signature

5/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 quatorze 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.

GÉNÉRALITÉS

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 R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

1/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.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 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 (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;

- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

2/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 :** 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.
- **Frais relevant de la législation maternité de la Sécurité sociale :** la garantie 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.
- **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.

3/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.

4/PRESRIPTION

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.

5/RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé 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.

6/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.

7/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.

8/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

1/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 au centre de gestion 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. 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 de PACS) 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, ceux-ci seront remboursés en complément de sa première complémentaire santé, dans la limite des garanties définies dans les tableaux des garanties des conditions particulières et sur présentation de l'original du décompte

de ladite complémentaire santé.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

Il est adressé 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

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

À défaut de télétransmission par les organismes de base, il convient d'adresser au centre de gestion :

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

Cependant, à tout moment, il peut vous être demandé 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 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.

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.

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

2/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

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.

de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

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.

3/ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOPITALISATION

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 :

- 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

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

EN CAS DE POSE DE 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.

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

4/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 le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les bases de remboursement. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs de prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C.

Les professionnels de santé « non conventionnés » fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité » très inférieur à la base de remboursement.

Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement est conventionné ou non. Dans un établissement de santé privé non conventionné, les frais à la charge du patient sont plus importants.

MÉDECIN TRAITANT ET CORRESPONDANT

Le médecin traitant détermine le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, vous pouvez consulter un médecin correspondant (généralement spécialiste mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert, soit pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé votre médecin traitant de son diagnostic.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Il s'agit d'un circuit que vous devez suivre afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace entre vous-même, votre médecin traitant et, le cas échéant, les autres praticiens. Les médecins en accès direct (ophtalmologistes et gynécologues pour certains actes, et les psychiatres pour les 16-25 ans) sont également encouragés à faire un retour d'information au médecin traitant. Pour les consulter directement, il faut

cependant avoir déclaré son médecin traitant auprès de la Sécurité sociale au préalable.

MÉDECINS NON CONVENTIONNÉS

Ces praticiens n'adhèrent pas à la convention nationale et ne sont soumis à aucune contrainte tarifaire. Le remboursement des honoraires effectué par la Sécurité sociale est basé sur le tarif d'autorité.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (D.P.T.M.)

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 spécialiste 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) ».

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

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

- www.ag2rlamondiale.fr 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 ».

5/LEXIQUE

- **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.
- **Frais réels (FR)**: total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.
- **Ticket modérateur (TM)**: différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

6/POUR TOUT RENSEIGNEMENT

SITES INTERNET

- www.ag2rlamondiale.fr/sante-proprete est le site dédié à votre régime frais de santé, réalisé spécialement pour votre profession. Vous y trouverez toutes les informations sur vos garanties et leur fonctionnement, ainsi que l'ensemble des documents d'information et de gestion à télécharger.

POUR TOUTE INFORMATION, N'HÉSITEZ PAS, CONTACTEZ-NOUS
AG2R LA MONDIALE
 Pôle santé Propreté
 TSA 11508 - 35015 RENNES
 Tél. 09 69 32 2000 (appel non surtaxé)

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.ag2rlamondiale.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.ag2rlamondiale.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.

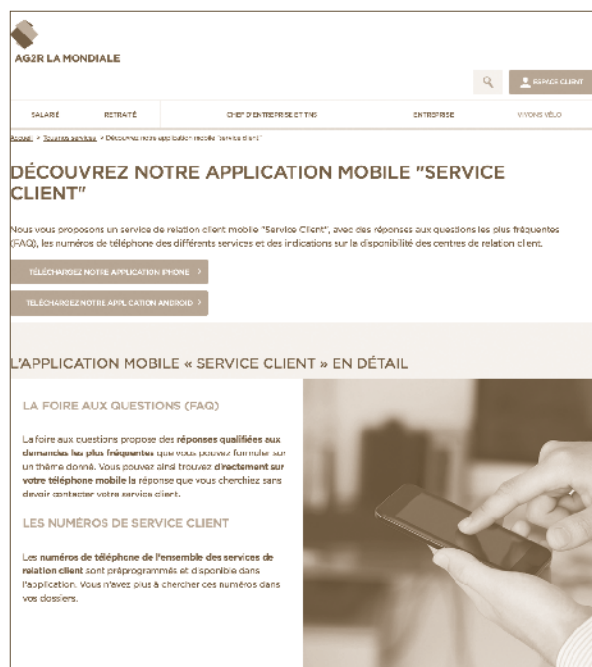
temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

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 cherchez 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

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/

CONSEIL ET SOUTIEN FACE AUX IMPRÉVUS

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

NOS DISPOSITIFS D'AIDE SOCIALE

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

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

Nos interventions les plus fréquentes:

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

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

NOS ÉQUIPES SOCIALES PROCHES DE VOUS

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

NOTRE ENGAGEMENT SOCIÉTAL

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

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

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

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

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

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

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

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

ÉPARGNE SALARIALE

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

PASSIFS SOCIAUX

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

ENGAGEMENT SOCIÉTAL

Prévention et conseil social
Accompagnement

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

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