



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ  
—

# NOTICE D'INFORMATION

Entreprise relevant de la Convention collective nationale des  
Régies de quartier et de territoire [n° 3369]  
Base obligatoire et surcomplémentaire facultative  
**Salarié et ses ayants droit**  
Garanties au 1<sup>er</sup> juillet 2016



# SOMMAIRE

---

## **PRÉSENTATION** **4**

---

## **VOTRE RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE** **5**

---

Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	5
Quel est l'objet de la garantie ?	5
Comment bénéficier de ce régime ?	6
Quels sont les actes et frais garantis ?	6
Résumé de la garantie	7
Quand débute la garantie ?	10
Quand cesse-t-elle ?	10
Peut-elle être maintenue ?	10

---

## **VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF** **13**

---

Quel est l'objet du régime ?	13
Quels sont les bénéficiaires ?	13
Comment souscrire ?	13
Quels sont les actes et frais garantis ?	13
Résumé de la garantie	14
Quand débute la garantie ?	16
Quand cessent-elles ?	16
Comment changer d'option ?	16
Durée de l'affiliation	17
Cotisations	17
Indexation	17
Adhésion à distance	17
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	18

---

## **GÉNÉRALITÉS** **19**

---

Exclusions et limites des garanties	19
Plafond des remboursements	20
Recours contre les tiers responsables	20
Territorialité	20
Prescription	20
Contrôle	20
Réclamations - médiation	20
Informatique et libertés	20
Autorité de contrôle	21

---

## **FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES** **22**

---

Comment s'effectuent vos remboursements ?	22
Le tiers payant	23
Accords de prise en charge	23
Quelques informations utiles	24
Pour tout renseignement	25
Exemples de remboursements	25

---

## **SERVICE SANTÉ** **26**

---

Téléchargez gratuitement le logiciel « service santé »	26
--	----

---

## **L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES** **28**

---

# PRÉSENTATION

Les partenaires sociaux des Régies de quartier et de territoire ont mis en place un régime collectif Frais de santé obligatoire au profit des salariés relevant de la branche.

Ce régime s'applique aux salariés affiliés en leur nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle.

Par ailleurs, afin d'améliorer les remboursements du régime conventionnel, il vous est possible de souscrire au Régime surcomplémentaire facultatif en optant pour l'une des deux options proposées (Confort ou Confort Plus).

Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire facultatif, votre affiliation au régime de Base conventionnel est indispensable.

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

Cette notice s'applique à compter du **1<sup>er</sup> juillet 2016**.

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

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

# VOTRE RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

---

## QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

---

- **Vous-même**, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Régies de quartier et de territoire;
- votre **conjoint** non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation;
- à défaut, votre **partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS)**;
- à défaut, votre **concubin** vivant maritalement sous le même toit que vous, sous réserve que votre concubin et vous-même soyez tous deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que votre domicile fiscal à tous deux soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union;
- vos **enfants à charge** (légitimes, reconnus ou adoptés) ainsi que ceux de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin à condition que vous ou votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS ayez l'enfant en résidence ou s'il s'agit de votre enfant, que vous participiez effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être à charge au sens de la législation sociale;
- ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
  - poursuivre leurs études et être inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants;
  - ou être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi;
  - ou être sous contrat de formation en alternance

(contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, ...);

- ou, lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité,
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires d'une carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles (taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 % ou personne classée en 3<sup>e</sup> catégorie de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale).

L'Institution se réserve le droit, à tout moment de vous demander de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).

---

## QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

---

Accorder une prestation complémentaire aux régimes de base de Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

---

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

### MODIFICATION DE SITUATION

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

---

## QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS?

---

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

## RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les prestations s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes assureurs complémentaires.

### PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE <sup>(1)</sup>

POSTES	CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>	
Frais de séjour	500 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	150 % de la BR
Chambre particulière	50 € par jour
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans <sup>(2)</sup>	20 € par jour
<b>Transport remboursé par la Sécurité sociale</b>	
Transport	100 % de la BR
<b>Actes médicaux</b>	
Généralistes, spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	150 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	150 % de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses	150 % de la BR
<b>Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400 € par année civile
<b>Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale</b>	
Pharmacie	100 % de la BR
<b>Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale</b>	
Contraception prescrite	Crédit de 30 € par année civile
<b>Appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	
Prothèses auditives	200 % de la BR
Orthopédie et autres appareillages (hors appareillage dentaire et auditif)	100 % de la BR
<b>Dentaire remboursé par la Sécurité sociale</b>	
Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple, onlay	100 % de la BR
Prothèses dentaires	200 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	200 % de la BR
Orthodontie	200 % de la BR
<b>Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale</b>	
Parodontologie <sup>(3)</sup>	Crédit de 150 € par année civile
Prothèses dentaires <sup>(4)</sup>	Crédit de 250 € par année civile
Implants dentaires <sup>(5)</sup>	Crédit de 250 € par année civile

## POSTES

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 <sup>(6)</sup>**

## Monture

• Adulte	RSS + 90 €
• Enfant (si affilié au titre du régime de base facultatif)	RSS + 40 €

## Verres

Voir GRILLE OPTIQUE page 9

## Lentilles acceptées par la Sécurité sociale

100 % de la BR + crédit de 100 € par année civile

## Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables

Crédit de 100 € par année civile

## Actes hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie <sup>(7)</sup>

Crédit de 60 € par année civile

## Actes de prévention

## Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum

100 % de la BR

## Vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos, et de la poliomyélite, et ce quel que soit l'âge

100 % de la BR

C.A.S. = Contrat d'accès aux soins.

FR = frais réels.

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

RSS = remboursement Sécurité sociale.

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

(2) 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) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(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'Institution.

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



**GRILLE OPTIQUE****Adulte (âgé de 18 ans et plus)**

CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R <sup>BT</sup> AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE PAR VERRE PAR BÉNÉFICIAIRE
<b>Verres unifocaux</b>			
2203240 : verre blanc	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 50 €
2287916 : verre teinté	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 50 €
2280660 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 55 €
2282793 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 55 €
2263459 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 55 €
2265330 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 55 €
2235776 : verre blanc	Sphérique	< à -10 ou > à +10	RSS + 55 €
2295896 : verre teinté	Sphérique	< à -10 ou > à +10	RSS + 55 €
2259966 : verre blanc	Cylindre < à 4	de -6 à +6	RSS + 50 €
2226412 : verre teinté	Cylindre < à 4	de -6 à +6	RSS + 50 €
2284527 : verre blanc	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 55 €
2254868 : verre teinté	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 55 €
2212976 : verre blanc	Cylindre > à 4	de -6 à +6	RSS + 55 €
2252668 : verre teinté	Cylindre > à 4	de -6 à +6	RSS + 55 €
2288519 : verre blanc	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 55 €
2299523 : verre teinté	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 55 €
<b>Verres multifocaux</b>			
2290396 : verre blanc	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 90 €
2291183 : verre teinté	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 90 €
2245384 : verre blanc	Sphérique	< à -4 ou > à +4	RSS + 90 €
2295198 : verre teinté	Sphérique	< à -4 ou > à +4	RSS + 90 €
2227038 : verre blanc	Tout cylindre	de -8 à +8	RSS + 90 €
2299180 : verre teinté	Tout cylindre	de -8 à +8	RSS + 90 €
2202239 : verre blanc	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	RSS + 90 €
2252042 : verre teinté	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	RSS + 90 €

**Enfant (âgé de moins 18 ans)**

CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R <sup>BT</sup> AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE PAR VERRE PAR BÉNÉFICIAIRE
<b>Verres unifocaux</b>			
2261874 : verre blanc	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 30 €
2242457 : verre teinté	Sphérique	de -6 à +6	RSS + 30 €
2243540 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 80 €
2297441 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 80 €
2243304 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 80 €
2291088 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 80 €
2273854 : verre blanc	Sphérique	< à -10 ou > à +10	RSS + 80 €
2248320 : verre teinté	Sphérique	< à -10 ou > à +10	RSS + 80 €
2200393 : verre blanc	Cylindre < à 4	de -6 à +6	RSS + 30 €
2270413 : verre teinté	Cylindre < à 4	de -6 à +6	RSS + 30 €
2283953 : verre blanc	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 80 €
2219381 : verre teinté	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 80 €
2238941 : verre blanc	Cylindre > à 4	de -6 à +6	RSS + 80 €
2268385 : verre teinté	Cylindre > à 4	de -6 à +6	RSS + 80 €

CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R <sup>ST</sup> AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE PAR VERRE PAR BÉNÉFICIAIRE
2245036 : verre blanc	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 80 €
2206800 : verre teinté	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	RSS + 80 €
<b>Verres multifocaux</b>			
2259245 : verre blanc	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 80 €
2264045 : verre teinté	Sphérique	de -4 à +4	RSS + 80 €
2238792 : verre blanc	Sphérique	< à -4 ou > à +4	RSS + 80 €
2202452 : verre teinté	Sphérique	< à -4 ou > à +4	RSS + 80 €
2240671 : verre blanc	Tout cylindre	de -8 à +8	RSS + 80 €
2282221 : verre teinté	Tout cylindre	de -8 à +8	RSS + 80 €
2234239 : verre blanc	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	RSS + 80 €
2259660 : verre teinté	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	RSS + 80 €

## QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- 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 CESSE-T-ELLE ?

- 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.

## PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

### EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le droit à garantie est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail de l'assuré. Cependant, ce droit est suspendu de plein droit en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré. En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période. La garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

### Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Toutefois, la garantie est maintenue dans les mêmes conditions que lorsque l'assuré était en activité si la suspension du contrat de travail de l'assuré est due à :

- un arrêt de travail pour maladie, maternité, adoption ou paternité ;
- un arrêt de travail pour accident de la vie privée, du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;
- et en tout état de cause, 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.

La participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

### Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Dans les autres cas de suspension du droit à garantie que ceux cités ci-dessus, l'assuré peut demander, à titre individuel, à continuer de bénéficier de la garantie pendant la durée de son congé. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. Celle-ci est à la charge exclusive de l'assuré qui doit verser directement sa cotisation à l'Institution (appel mensuel à terme échu).

Le maintien de cette assurance facultative prend fin :

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

## 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 aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

Lorsque le salarié n'a pas choisi le maintien de la garantie, le droit à garantie reprend dès la reprise de travail de l'intéressé.

## 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 la 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 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 garantie qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien de 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 des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

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

- de la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- d'une attestation justifiant le statut de l'ancien

- salarié de demandeur d'emploi ;
- et des cartes de tiers payant en cours de validité.

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien de 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 pourra être 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 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.

### Païement des prestations

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

## EN CAS DE CESSATION DE LA GARANTIE : RÉGIME D'ACCUEIL

La garantie peut être maintenue, à titre individuel et moyennant le paiement de la cotisation correspondante, sans condition de période probatoire ni d'exams 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.

Les anciens salariés visés ci-dessus et bénéficiant du maintien des droits au titre de la portabilité disposent d'un délai de 6 mois courant à l'issue de ce maintien pour demander à bénéficier du régime d'accueil. La garantie prendra effet à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

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

En tout état de cause, en cas de cessation de la garantie, 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'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois

à compter de la radiation au présent régime ou de la cessation du maintien de la garantie au titre du dispositif de portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

#### **AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ**

En cas de décès du salarié, y compris en période de portabilité des droits, ses ayants droit bénéficieront du maintien de la garantie, à titre gratuit, et ce pendant une période de 12 mois courant à compter du 1<sup>er</sup> 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 optionnel quand à lui n'est pas maintenu.

Ces ayants droit devront remplir un bulletin d'affiliation. L'affiliation prendra effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation, et au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande.

# VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

Cette partie ne vous concerne que si vous avez souscrit une option.

## Par « ENFANT »

- Vos enfants à charge (définition page 5).

---

## QUEL EST L'OBJET DU RÉGIME ?

---

Améliorer vos remboursements au travers de 2 OPTIONS FACULTATIVES venant s'ajouter à votre régime de Base.

---

## COMMENT SOUSCRIRE ?

---

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

---

## QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

---

### SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE

#### Par « ADULTE »

- Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de la de la Convention collective nationale des Régies de quartier et de territoire;
- votre conjoint non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation;
- à défaut, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS);
- à défaut, votre concubin vivant maritalement sous le même toit que vous, sous réserve que votre concubin et vous-même soyez tous deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que votre domicile fiscal à tous deux soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.

---

## QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

---

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

### BÉNÉFICE DU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

Les ayants droit bénéficient tous obligatoirement de la même option de garantie, qui ne peut pas être différente de celle du salarié.

### COTISATION ENFANT

La cotisation du 3<sup>e</sup> enfant et plus est gratuite. Après 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

## RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les prestations s'entendent en complément des prestations versées au titre du régime de Base complémentaire.

### PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE <sup>(1)</sup>

POSTES	CONFORT	CONFORT PLUS
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 100 % de la BR	+ 200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 50 % de la BR	+ 50 % de la BR
Chambre particulière	+ 12,58 € / jour	+ 43,87 € / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans <sup>(2)</sup>	+ 31,29 € / jour	Néant
<b>Actes médicaux</b>		
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	+ 25 % de la BR	+ 75 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	+ 25 % de la BR	+ 50 % de la BR
<b>Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 200 € / année civile	+ Crédit de 400 € / année civile
<b>Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale</b>		
Contraception prescrite	+ Crédit de 20 € / année civile	+ Crédit de 50 € / année civile
<b>Appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>		
Prothèses auditives	+ 156,45 €	+ 312,90 €
<b>Dentaire remboursé par la Sécurité sociale</b>		
Inlay simple, onlay	+ 100 % de la BR	+ 200 % de la BR
Prothèses dentaires	+ 100 % de la BR	+ 200 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	+ 100 % de la BR	+ 200 % de la BR
<b>Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale</b>		
Prothèses dentaires <sup>(3)</sup>	+ Crédit de 100 € / année civile	+ Crédit de 200 € / année civile
Implants dentaires <sup>(4)</sup>	+ Crédit de 100 € / année civile	+ Crédit de 200 € / année civile
<b>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 <sup>(5)</sup></b>		
Monture		
• Adulte	+ 30 €	+ 40 €
• Enfant	+ 20 €	+ 40 €
Verres		
Voir GRILLE OPTIQUE page 15		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ Crédit de 40 € / année civile	+ Crédit de 75 € / année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	+ Crédit de 40 € / année civile	+ Crédit de 75 € / année civile
<b>Actes hors nomenclature</b>		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie <sup>(6)</sup>	+ 30 € / année civile	+ 70 € / année civile

C.A.S. = contrat d'accès aux soins. BR = base de remboursement Sécurité sociale.

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

(2) Sur présentation d'un justificatif.

(3) **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.

(4) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(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'Institution.

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

**GRILLE OPTIQUE**  
**Adulte (âgé de 18 ans et plus)**

**R<sup>BT</sup> AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE**  
**PAR VERRE PAR BÉNÉFICIAIRE**

CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	CONFORT	CONFORT PLUS
<b>Verres unifocaux</b>				
2203240 : verre blanc	Sphérique	de -6 à +6	+ 25 €	+ 50 €
2287916 : verre teinté	Sphérique	de -6 à +6	+ 25 €	+ 50 €
2280660 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 50 €
2282793 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 50 €
2263459 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 50 €
2265330 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 25 €	+ 50 €
2235776 : verre blanc	Sphérique	< à -10 ou > à +10	+ 25 €	+ 50 €
2295896 : verre teinté	Sphérique	< à -10 ou > à +10	+ 25 €	+ 50 €
2259966 : verre blanc	Cylindre < à 4	de -6 à +6	+ 25 €	+ 50 €
2226412 : verre teinté	Cylindre < à 4	de -6 à +6	+ 25 €	+ 50 €
2284527 : verre blanc	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	+ 25 €	+ 50 €
2254868 : verre teinté	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	+ 25 €	+ 50 €
2212976 : verre blanc	Cylindre > à 4	de -6 à +6	+ 25 €	+ 50 €
2252668 : verre teinté	Cylindre > à 4	de -6 à +6	+ 25 €	+ 50 €
2288519 : verre blanc	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	+ 25 €	+ 50 €
2299523 : verre teinté	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	+ 25 €	+ 50 €
<b>Verres multifocaux</b>				
2290396 : verre blanc	Sphérique	de -4 à +4	+ 30 €	+ 50 €
2291183 : verre teinté	Sphérique	de -4 à +4	+ 30 €	+ 50 €
2245384 : verre blanc	Sphérique	< à - 4 ou > à +4	+ 30 €	+ 50 €
2295198 : verre teinté	Sphérique	< à - 4 ou > à +4	+ 30 €	+ 50 €
2227038 : verre blanc	Tout cylindre	de - 8 à +8	+ 30 €	+ 50 €
2299180 : verre teinté	Tout cylindre	de - 8 à +8	+ 30 €	+ 50 €
2202239 : verre blanc	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	+ 30 €	+ 50 €
2252042 : verre teinté	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	+ 30 €	+ 50 €

**Enfant (âgé de moins de 18 ans)**

**R<sup>BT</sup> AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE**  
**PAR VERRE PAR BÉNÉFICIAIRE**

CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	CONFORT	CONFORT PLUS
<b>Verres unifocaux</b>				
2261874 : verre blanc	Sphérique	de -6 à +6	+ 30 €	+ 50 €
2242457 : verre teinté	Sphérique	de -6 à +6	+ 30 €	+ 50 €
2243540 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 50 €
2297441 : verre blanc	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 50 €
2243304 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 50 €
2291088 : verre teinté	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	+ 30 €	+ 50 €
2273854 : verre blanc	Sphérique	< à -10 ou > à +10	+ 30 €	+ 50 €
2248320 : verre teinté	Sphérique	< à -10 ou > à +10	+ 30 €	+ 50 €
2200393 : verre blanc	Cylindre < à 4	de -6 à +6	+ 30 €	+ 50 €
2270413 : verre teinté	Cylindre < à 4	de -6 à +6	+ 30 €	+ 50 €
2283953 : verre blanc	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	+ 30 €	+ 50 €
2219381 : verre teinté	Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	+ 30 €	+ 50 €
2238941 : verre blanc	Cylindre > à 4	de -6 à +6	+ 30 €	+ 50 €

CODE LPP	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	CONFORT	CONFORT PLUS
2268385 : verre teinté	Cylindre > à 4	de -6 à +6	+ 30 €	+ 50 €
2245036 : verre blanc	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	+ 30 €	+ 50 €
2206800 : verre teinté	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	+ 30 €	+ 50 €
<b>Verres multifocaux</b>				
2259245 : verre blanc	Sphérique	de -4 à +4	+ 30 €	+ 50 €
2264045 : verre teinté	Sphérique	de -4 à +4	+ 30 €	+ 50 €
2238792 : verre blanc	Sphérique	< à - 4 ou > à +4	+ 30 €	+ 50 €
2202452 : verre teinté	Sphérique	< à - 4 ou > à +4	+ 30 €	+ 50 €
2240671 : verre blanc	Tout cylindre	de - 8 à +8	+ 30 €	+ 50 €
2282221 : verre teinté	Tout cylindre	de - 8 à +8	+ 30 €	+ 50 €
2234239 : verre blanc	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	+ 30 €	+ 50 €
2259660 : verre teinté	Tout cylindre	< à -8 ou > à +8	+ 30 €	+ 50 €

## QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- À la même date que votre affiliation au régime complémentaire de Base si le choix est fait dans les 2 mois suivant votre affiliation à ce régime;
- à défaut le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la réception de la demande de couverture au régime surcomplémentaire facultatif.

## 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 complémentaire de Base;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

Pour **vos éventuels ayants droit** :

- en cas de résiliation de votre part;
- à l'expiration du mois au cours duquel ils ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de Base

## RÉSILIATION OU SUSPENSION DES GARANTIES

Si la résiliation ou la suspension des garanties du régime complémentaire de Base entraîne la résiliation ou la suspension des garanties du régime surcomplémentaire, la résiliation des garanties du régime surcomplémentaire n'entraîne pas la résiliation de la garantie du régime complémentaire de Base.

## NON PAIEMENT DES COTISATIONS

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

facultatif;

- en cas de non-paiement des cotisations.

## COMMENT CHANGER D'OPTION ?

### POUR UNE AMÉLIORATION DES GARANTIES (BASE VERS CONFORT, CONFORT VERS CONFORT PLUS, BASE VERS CONFORT PLUS)

Vous pouvez changer d'option au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande à l'Institution avant le 31 octobre, par courrier recommandé avec accusé de réception.

### POUR UNE DIMINUTION DES GARANTIES (CONFORT PLUS VERS CONFORT, CONFORT PLUS VERS BASE, CONFORT VERS BASE)

Le changement est possible après 2 années complètes d'affiliation à l'option. Toutefois, ce délai de 2 années d'affiliation est supprimé en cas de changement de situation familiale (mariage, naissance, ...).

Tout changement d'option du régime surcomplémentaire facultatif concernera l'ensemble des personnes assurées.



---

## DURÉE DE L’AFFILIATION

---

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l’année en cours et se renouvellent à effet du 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d’année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif Couverture Mutuelle Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

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

---

## COTISATIONS

---

Les cotisations sont prélevées, mensuellement à terme échu sur votre compte bancaire. N’oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement.

En cas de non-paiement des cotisations, dans le délai de 10 jours suivant la date de l’échéance, l’Institution vous adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, l’Institution vous informe de la cessation automatique des garanties.

---

## INDEXATION

---

Les cotisations sont indexées au 1<sup>er</sup> 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.

---

## ADHÉSION À DISTANCE

---

### DÉFINITION

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

### ÉLÉMENTS COMMUNIQUÉS À L’ASSURÉ

En temps utile, avant la conclusion à distance d’un

contrat, l’assuré reçoit les informations suivantes :

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

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée. En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l’organisme assureur ainsi que le caractère commercial de l’appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le souscripteur. La personne en contact avec le souscripteur doit en outre préciser son identité et son lien avec l’organisme assureur.

### DROIT À RENONCIATION

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

courant :

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

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

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

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

## ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

### DÉFINITION

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

### DROIT À RENONCIATION

L'adhérent 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.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le

risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'organisme assureur est tenu de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

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

### MODÈLE DE RENONCIATION

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

- AG2R LA MONDIALE - Centre de Gestion  
TSA 60001 - 93416 SAINT DENIS CEDEX  
Tél : 09 72 67 22 22

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

J'ai souscrit une adhésion pour le produit Régies de quartier 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

### NOTA BENE

La faculté de renonciation est impossible pour le régime complémentaire de Base obligatoire.

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

### EXCLUSIONS

Sauf indication contraire figurant aux tableaux 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 de la garantie ou après la cessation de celle-ci; la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes 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 la garantie souscrite).

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.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique);
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins

spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

### LIMITES DE LA GARANTIE

- **Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale** : lorsque 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'Institution.
- **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'Institution.
- **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 D.331 du Code de la Sécurité sociale prévoit que cette période débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après l'accouchement.
- **Frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné** : la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de 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 charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé.** Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat d'adhésion.

**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.

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

---

## 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.

---

## TERRITORIALITÉ

---

Les salariés garantis exercent leur activité salariée dans le champ géographique d'application de la Convention collective nationale des Régies de quartier et de territoire: France Métropolitaine et Départements d'Outre-Mer.

Les prestations de l'Institution sont payées en euros.

---

## PRESCRIPTION

---

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans un délai maximum de **2 ans** suivant la date des soins.

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, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec 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.

---

## CONTRÔLE

---

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par l'assuré, servent de base à la garantie.

L'Institution se réserve, toutefois, la possibilité de vérifier les données communiquées et / ou les documents produits par l'entreprise ou l'assuré, tant à l'occasion de l'adhésion et du versement des cotisations qu'à celle de l'ouverture des droits à prestations.

---

## 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 sur la réponse donnée par le conciliateur, les réclamations peuvent être présentées au :

- Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès  
- 75008 PARIS.

---

## INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

---

Les informations concernant l'assuré sont utilisées conformément à la loi n° 078-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

complétées par la loi du 06/08/2004 relative à « la protection des données à caractère personnel ».

Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de AG2R RÉUNICA Prévoyance, et le cas échéant, à leurs mandataires et gestionnaires concernés par le contrat.

Conformément aux dispositions légales, l'assuré dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès et de communication, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller, d'un droit de modification et de suppression des données le concernant. L'assuré peut exercer ultérieurement ses droits pour les données à caractère personnel le concernant en s'adressant au service compétent :

- AG2R LA MONDIALE - Direction des Risques-Conformité et Déontologie - Correspondant Informatique et Libertés - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08.

---

## **AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

---

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

# FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES

## COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

### TÉLÉTRANSMISSION

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

Si cette procédure n'est pas encore en service, vous devez adresser au centre de gestion l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

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

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

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

limite de la garantie définie dans la présente notice et sur présentation de l'original du décompte de ladite complémentaire santé.

### PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

- [www.ag2ramondiale.fr/particulier](http://www.ag2ramondiale.fr/particulier)

### DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

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

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

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

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- **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 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

### 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.

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.

---

## LE TIERS PAYANT

---

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

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

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

La carte 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 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.

---

## ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

---

### EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement **conventionné** (uniquement), le centre de gestion vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base de la garantie souscrite. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

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

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes:

- en **LIGNE**: saisissez votre demande de prise en charge hospitalisation sur notre site Internet [www.ag2rlamondiale.fr/particulier](http://www.ag2rlamondiale.fr/particulier);
- par **TÉLÉPHONE** au: 0 969 32 2000 (appel non surtaxé);
- sur **PLACE**: en présentant votre carte pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous.

### CARTE TIERS PAYANT

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte 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 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.



## 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.ag2ramondiale.fr/particulier](http://www.ag2ramondiale.fr/particulier).

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

## EN CAS DE POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE

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

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

---

## QUELQUES INFORMATIONS UTILES

---

### SECTEUR CONVENTIONNÉ/NON CONVENTIONNÉ

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

### Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de base de remboursement. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à 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.

## 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 [amelidirect](http://amelidirect) et faites une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. La fiche des médecins signataires précise : « Honoraires avec dépassements majorés (contrat d'accès aux soins) ».

## PARTICIPATION FORFAITAIRE/FRANCHISE

### Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis pour 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 pour 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/regies-quartier-territoire](http://www.ag2ramondiale.fr/regies-quartier-territoire)

vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé et vous permet de télécharger des documents utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation, ...).

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Selon la législation et les tarifs en vigueur en JANVIER 2016.

### REMBOURSEMENTS

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS			
			SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE <sup>(1)</sup>	RESTE À VOTRE CHARGE	
<b>Consultation chez un spécialiste adhérent au C.A.S. dans le cadre du parcours de soins coordonnés sur avis du médecin traitant</b>						
	60 €	28,00 €	18,60 € <sup>(2)</sup>	Base	28 €	13,40 €
				Base + Confort	35 €	6,40 €
				Base + Confort Plus	40,40 €	1 €
<b>Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale - Couronne</b>						
	450 €	107,50 €	75,25 €	Base	139,75 €	235 €
				Base + Confort	247,25 €	127,50 €
				Base + Confort Plus	354,75 €	20 €
<b>Optique ADULTE</b>						
Monture	150 €	2,84 €	1,70 €	Base	90 €	58,30 €
				Base + Confort	120 €	28,30 €
				Base + Confort Plus	130 €	18,30 €
Verres (la paire) <sup>(3)</sup>	300 €	14,64 €	8,78 €	Base	180 €	111,22 €
				Base + Confort	240 €	51,22 €
				Base + Confort Plus	280 €	11,22 €

C.A.S. = Contrat d'accès aux soins.

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

(2) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).

(3) Exemple pour un verre blanc multifocal ou progressif, de sphère de - 4,00 à + 4,00.

## LEXIQUE

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

Contrat conclu entre l'Assurance maladie et des médecins libéraux du secteur 2 (secteur 1 dans certains cas) afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés.

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.

# SERVICE SANTÉ

## TÉLÉCHARGEZ GRATUITEMENT LE LOGICIEL « SERVICE SANTÉ »

Profitez de ce service santé en le téléchargeant gratuitement sur votre ordinateur. Un véritable coach santé qui, en quelques clics, aidera toute votre famille au quotidien!

Vous pouvez accéder à ce service sur notre site internet:

- [www.ag2rlamondiale.fr/services-en-ligne/widget-sante](http://www.ag2rlamondiale.fr/services-en-ligne/widget-sante)

## VACCINS, ACTUALITÉS SANTÉ, RENDEZ-VOUS MÉDICAUX..: « SERVICE SANTÉ » VOUS GUIDE AU QUOTIDIEN

Rapidement installé sur votre ordinateur, le logiciel « Service santé » devient votre véritable coach santé personnel:

- il vous alerte pour vos prochaines dates de vaccins,
- il organise vos rendez-vous médicaux réguliers (ophtalmologue, dentiste,...);
- il vous sensibilise autour de la vue et de l'audition avec des jeux ludiques;
- il vous permet d'accéder directement aux services Internet proposés sur votre Espace Client (décomptes santé et demande d'hospitalisation en ligne, devis optique et dentaire,...).

## ORGANISEZ VOS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX AVEC LE CALENDRIER « SERVICE SANTÉ »

Le logiciel « Service santé » vous permet de programmer tous les rendez-vous médicaux de votre famille. Il reprend les informations présentes dans votre carnet de santé et vous aide à organiser vos rendez-vous (généraliste, dermatologue, ophtalmologue,...) et vous informe des dates d'échéance de vos vaccins. Vous disposez ainsi d'une vision globale sur vos prochains rendez-vous, et pouvez organiser votre « emploi du temps santé » et celui de votre famille très simplement!

## RESTEZ INFORMÉ DE TOUTE L'ACTUALITÉ SANTÉ

Suivez l'actualité santé depuis votre ordinateur et restez informé des réformes, des nouveaux traitements, des études en cours, ...

Toute l'information santé à portée de clic!

## JOUEZ ET TESTEZ VOTRE SANTÉ

Test de la myopie, test du daltonisme, test auditif,... des jeux de prévention santé et aussi ludiques pour toute la famille!

## POUR TOUTE INFORMATION, N'HÉSITEZ PAS, CONTACTEZ-NOUS.

### AG2R LA MONDIALE

Centre de Gestion  
TSA 60001  
93416 Saint Denis Cedex  
Tél : 09 72 67 22 22

### Adhésions-Affiliations

[adhesion@ag2rlamondiale.fr](mailto:adhesion@ag2rlamondiale.fr)  
Fax: 01 77 69 67 71

### Cotisations

[cotisation@ag2rlamondiale.fr](mailto:cotisation@ag2rlamondiale.fr)  
Fax: 01 77 69 67 84

### Prestations Santé

[prestationfss@ag2rlamondiale.fr](mailto:prestationfss@ag2rlamondiale.fr)  
Fax: 09 69 32 20 01



# L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

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

## **SANTÉ**

Complémentaire santé collective

## **PRÉVOYANCE**

Incapacité et invalidité  
Décès

## **RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE**

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

## **ÉPARGNE SALARIALE**

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

## **PASSIFS SOCIAUX**

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

## **ENGAGEMENT SOCIAL**

Prévention et conseil social  
Accompagnement

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