



AG2R LA MONDIALE



NOTICE D'INFORMATION N°1

SANTÉ

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU SECTEUR
SANITAIRE SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL DU 26 AOÛT 1965**

**RÉGIME COMPLÉMENTAIRE BASE OBLIGATOIRE POUR LE
SALARIÉ ET FACULTATIF POUR LES AYANTS DROIT, ET
SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF OPTION 1 OU 2**

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	3
VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE	4
QUEL EST L'OBJECTIF DE CE RÉGIME ?	4
PERSONNEL VISÉ	4
COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME ?	4
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?	4
FONCTIONNEMENT DE VOTRE RÉGIME	9
DÉBUT DE VOS GARANTIES	9
COTISATIONS	9
PAIEMENT DES COTISATIONS	9
SUSPENSION DES GARANTIES	9
EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS	10
CESSATION DES GARANTIES	11
LOI ÉVIN	11
VOS RÉGIMES FACULTATIFS	13
VOTRE RÉGIME DE BASE FACULTATIF POUR VOS AYANTS DROIT	13
VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF OPTION 1 OU 2	14
DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS	22
FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES	25
COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?	25
LE TIERS PAYANT	25
ACCORDS DE PRISE EN CHARGE	26
GÉNÉRALITÉS	30
LIMITES DES GARANTIES	30
PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	31
RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	31
TERRITORIALITÉ	31
PRESCRIPTION	31
RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	31
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	ERREUR ! SIGNET NON DÉFINI.
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	33

PRÉSENTATION

Par l'avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014 agréé le 19 février (modifié en dernier lieu par avenants n° 01-2018 et n° 02-2018 du 19 janvier 2018) à la **Convention Collective nationale du Secteur sanitaire et social et médico-social du 26 août 1965**, les partenaires sociaux dont relève votre entreprise, ont organisé un **régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé** dans le cadre d'un Accord collectif de travail au profit de l'ensemble du personnel.

Pour assurer la couverture de ce régime, et en effectuer la gestion, les partenaires sociaux ont choisi de recommander :

- AG2R Réunica Prévoyance, Institution de prévoyance relevant du code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE – Siège social : 104-110 boulevard Haussmann – 75008 Paris – membre du GIE AG2R REUNICA ;
- et MUTEX – l'alliance mutualiste composée de :
 - MUTUELLE CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419 – Siège social : 4 / 8 Rue Gambetta – 92240 MALAKOFF, substituée intégralement par MUTEX UNION, union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166 – Siège social : 125 avenue de Paris, 92327 CHÂTILLON CEDEX ;
 - ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine – 75008 PARIS ;
 - APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391 - Siège social : 20 boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE CEDEX ;
 - EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176 – Siège social : 173 rue de Bercy – CS 31802 – 75584 PARIS Cedex 12 ;
 - HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° : 538 518 473 - Siège social : 143, rue Blomet -75015 PARIS ;
 - OCIAVE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° : 434 243 085 - Siège social : 8 terrasse du Front-du-Médoc-33054 BORDEAUX CEDEX ;
 - MUTEX, entreprise régie par le code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040 – Siège social : 125 avenue de Paris, 92327 CHÂTILLON CEDEX.Ces organismes sont coassureurs entre eux dans le cadre du dispositif MUTEX – l'alliance mutualiste ; Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MUTEX.

AG2R Réunica Prévoyance et MUTEX sont ci-après dénommés « l'organisme assureur ».

Ces garanties comprennent :

- un régime de base obligatoire pour le salarié ;
- un régime surcomplémentaire facultatif (2 options au choix) si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime de base ;
- un régime facultatif auquel vous pouvez souscrire individuellement pour vos ayants droit.

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

La présente NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Elle s'applique à compter du 1^{er} avril 2018.

Les garanties complémentaires sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes et en accord avec les partenaires sociaux de la CCN du 26 août 1965.

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

QUEL EST L'OBJECTIF DE CE RÉGIME ?

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

PERSONNEL VISÉ

Vous-même, en tant que salarié lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant de la **Convention collective nationale du Secteur sanitaire et social et médico-social du 26 août 1965**.

COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME ?

Vous devez remplir le bulletin d'affiliation individuel au régime collectif frais de santé fourni par votre employeur, et lui remettre dûment complété et accompagné des pièces justificatives (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire...).

MODIFICATION DE SITUATION : En cas de modification de votre situation, telle qu'un changement d'adresse ou un changement de coordonnées bancaires par exemple, informez en sans délai le centre de gestion de votre organisme assureur.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

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

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire. Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non 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.

Postes Prestations y compris prestations Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	
• Pour le secteur conventionné	150 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR
Forfait hospitalier engagé	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO), autres honoraires :	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR
Chambre particulière	
• Pour le secteur conventionné	1,5 % du PMSS par jour (soit 49,66 € au 01/01/2018)
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)	
• Pour le secteur conventionné	1,5 % du PMSS par jour (soit 49,66 € au 01/01/2018)
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % de la BR

Actes médicaux

Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses et examens de biologie	100 % de la BR

Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale

Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400 € par œil par année civile
---	--

Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale

Pharmacie	100 % de la BR
-----------	----------------

Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale

Substitut nicotinique	Crédit de 40 € par année civile
Vaccins	Crédit de 25 € par année civile

Appareillages remboursés par la Sécurité sociale

Prothèses auditives	400 € tous les 2 ans par oreille, avec au minimum 100 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses	125 % de la BR

Dentaire remboursé par la Sécurité sociale

Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple, onlay	125 % de la BR
Prothèses dentaires :	3 prothèses par année civile ⁽¹⁾
• Incisives, canines, prémolaire	350 % de la BR
• Molaires	250 % de la BR
• Inlay core et inlay à clavettes	125 % de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200 % de la BR

Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale

Prothèses dentaires	250 % de la BR
Implants dentaires ⁽²⁾	Crédit de 200 € par année civile
Parodontologie ⁽³⁾	Crédit de 200 € par année civile
Orthodontie	Néant

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement	Crédit de 100 € par année civile
---	----------------------------------

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, ostéopathie et étio-pathie ⁽⁴⁾	25 € par acte limité à 4 actes par année civile
Ostéodensitométrie osseuse, dépistage audition, dépistage de l'obésité (médicalement prescrit)	Crédit de 40 € par année civile

Actes de prévention visés par l'arrêté du 8 juin 2006

Ensemble des actes de prévention ⁽⁵⁾	100 % de la BR
---	----------------

Optique : monture et verres : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽⁶⁾

Monture adulte	RSS + forfait de 125 €
Monture enfant ⁽⁷⁾	RSS + forfait de 75 € limité à une monture par année civile
Verres adulte	RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 7 en fonction du type de verre
Verres enfant ⁽⁷⁾	RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 7 en fonction du type de verre
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 150 € par année civile
Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale, dont jetables	Crédit de 150 € par année civile

BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE. D.P.T.M. = DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR : C.A.S. = CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ; OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE ; OPTAM CO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS. FR = FRAIS RÉELS. RSS = REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE. PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SOIT 3311 € AU 1ER JANVIER 2018 (VOUS POUVEZ RETROUVER LA VALEUR DU PMSS À L'ADRESSE INTERNET : WWW.AMELI.FR/EMPLOYEURS/VOS-DEMARCHES/CHIFFRES-UTILES/PLAFOND-DE-LA-SECURITE-SOCIALE.PHP).

(1) AU-DELÀ DE LA LIMITE DE 3 PROTHÈSES DENTAIRES PAR ANNÉE CIVILE REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE, LA GARANTIE APPLIQUÉE EST CELLE DU DÉCRET N° 2014-1025 DU 8 SEPTEMBRE 2014 (PRISE EN CHARGE PAR PROTHÈSE DE 125 % BR).

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

(3) À L'EXCLUSION D'ACTES RÉALISÉS DANS LE CADRE DE TRAITEMENT IMPLANTAIRE, PROTHÉTIQUE OU ENDODONTIQUE.

(4) SI INTERVENTION DANS LE CADRE DE PRATICIEN INSCRIT AUPRÈS D'UNE ASSOCIATION AGRÉÉE.

(5) LISTE DES ACTES DE PRÉVENTION PRIS EN COMPTE :

- SCHELLEMENT PROPHYLACTIQUE DES PUIXS, SILLONS ET FISSURES, SOUS RÉSERVE QUE L'ACTE SOIT EFFECTUÉ SUR LES PREMIÈRE 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 TOUTS LES CINQ ANS DES TROUBLES DE L'AUDITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 50 ANS POUR UN DES ACTES SUIVANTS :

A) AUDIOMÉTRIE TONALE OU VOCALE ;

B) AUDIOMÉTRIE TONALE AVEC TYMPANOMÉTRIE ;

C) AUDIOMÉTRIE VOCALE DANS LE BRUIT ;

D) AUDIOMÉTRIE TONALE ET VOCALE ;

E) AUDIOMÉTRIE TONALE ET VOCALE AVEC TYMPANOMÉTRIE

- OSTÉODENSITOMÉTRIE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE POUR LES FEMMES DE PLUS DE 50 ANS, 1 FOIS TOUTS LES 6 ANS

- VACCINATIONS SUIVANTES, SEULES OU COMBINÉES :

A) DIPHTÉRIE, TÉTANOS ET POLIOMYÉLITE : TOUTS 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.

(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 UN AN EN CAS DE RENOUVELLEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE. LA JUSTIFICATION DE L'ÉVOLUTION DE LA VUE SE FONDÉ SOIT SUR LA PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MÉDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE, SOIT SUR LA PRÉSENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTÉES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ÊTRE COMPARÉE À CELLE DU DERNIER ÉQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT PAR L'ASSUREUR.

(7) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^e ANNIVERSAIRE.

GRILLE OPTIQUE

Verres unifocaux

Codes	Adulte ou enfant	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
VA11	Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	80 €
		2287916	Sphérique	de -6 à +6	80 €
VE11	Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	50 €
		2242457	Sphérique	de -6 à +6	50 €
VA12	Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
		2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
		2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
		2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €
VE12	Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	65 €
		2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	65 €
		2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	65 €
		2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	65 €
VA13	Adulte	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	100 €
		2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	100 €
VE13	Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	70 €
		2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	70 €
VA21	Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	90 €
		2226412	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	90 €
VE21	Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	60 €
		2270413	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	60 €
VA22	Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	100 €
		2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	100 €
VE22	Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	70 €
		2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	70 €
VA23	Adulte	2212976	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	110 €
		2252668	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	110 €
VE23	Enfant	2238941	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	80 €
		2268385	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	80 €
VA24	Adulte	2288519	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	120 €
		2299523	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	120 €
VE24	Enfant	2245036	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
		2206800	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €

Verres multifocaux

Codes	Adulte ou enfant	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
VA31	Adulte	2290396	Sphérique	De -4 à +4	150 €
		2291183	Sphérique	De -4 à +4	150 €
VE31	Enfant	2259245	Sphérique	De -4 à +4	120 €
		2264045	Sphérique	De -4 à +4	120 €
VA32	Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	160 €
		2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	160 €
VE32	Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	130 €
		2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	130 €
VA41	Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	175 €
		2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	175 €
VE41	Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	145 €
		2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	145 €
VA42	Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	185 €
		2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	185 €
VE42	Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	155 €
		2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	155 €

FONCTIONNEMENT DE VOTRE RÉGIME

DÉBUT DE VOS 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 au sein de l'entreprise, si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

COTISATIONS

Le montant des cotisations relatives au régime frais de santé souscrit est défini au contrat d'adhésion.

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

En cas d'affiliation en cours de mois, la cotisation mensuelle est dûe en totalité.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations du régime de base obligatoire sont réparties entre l'employeur et le salarié. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre. Le prélèvement de votre quote-part sera effectué directement par votre employeur sur votre bulletin de salaire mensuellement.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, **l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties**, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

SUSPENSION DES GARANTIES

a) En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles des salariés en activités, si la suspension du contrat de travail du salarié est due à :

- un arrêt de travail pour maladie, d'origine professionnelle ou non ;
- un arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;
- un congé maternité ;
- l'exercice de droit de grève ;
- un congé non rémunéré n'excédant pas un mois continu ;
- un congé de solidarité familiale, tel que défini par les articles L.3142-16 et suivants du Code du travail et l'article 51 de la Convention collective nationale du Secteur sanitaire et social et médico-sociale du 26 août 1965,
- un congé de soutien familial, tels que définis par les articles L.3142-22 et suivants du Code du travail.

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

Dans tous les cas, le maintien de garanties s'effectue moyennant paiement des cotisations, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

b) En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération

Dans ce cas il y a suspension du droit à garanties, comme par exemple pour congés sans solde non visés par les dispositions précédentes (notamment congé pour convenance personnelle, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création ou reprise d'entreprise). En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

Cependant la garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Le salarié peut toutefois demander par écrit à titre individuel et facultatif auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé pendant la durée de son congé. À défaut de demande dûment formulée selon les formalités prévues, le régime ne sera pas maintenu dans ces cas.

L'employeur doit informer le salarié de la possibilité de maintenir l'assurance dans ces cas de suspension du contrat de travail. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. Celle-ci est à la charge exclusive du salarié qui doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur.

Lorsque le contrat de travail est suspendu en cours de mois, la première cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien de cette assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet de la suspension du contrat de travail ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues dans le cadre des cessations des garanties ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir la garantie complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, le droit à garanties reprend dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

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

Les garanties du régime de base obligatoire 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.

Il est financé par un dispositif de mutualisation, c'est-à-dire par les cotisations de l'employeur et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

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

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

FORMALITÉS DE DÉCLARATION

L'entreprise adhérente doit

- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail,
- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié et lui remettre un bulletin d'affiliation à la portabilité.

Il appartient ensuite à l'ancien salarié :

- d'adresser à l'organisme assureur le dit bulletin complété, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- de joindre à ce bulletin : la copie du certificat de travail justifiant la durée du contrat de travail, une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi, et la(es) carte(s) de tiers payant en cours de validité.

À défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus, nécessaires à la détermination, par l'organisme assureur, des droits et de la durée du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, le maintien des garanties au bénéfice de l'ancien salarié et de ses éventuels ayants droit ne sera pas assuré. Toutefois, l'organisme assureur peut décider de l'appliquer de manière temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. La durée de ce maintien temporaire pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié, 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 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.

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.

CESSATION DES GARANTIES

- Au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, les garanties peuvent être maintenues jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le 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.

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE : le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de l'organisme assureur est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

LOI ÉVIN

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990 et de son décret d'application n°2017-372 du 21 mars 2017, l'organisme assureur propose, à titre individuel et facultatif, 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, bénéficiaires 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.

Toutefois, les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du « dispositif de portabilité », pourront en faire la demande dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

La garantie prendra effet au plus tôt 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'organisme assureur.

L'organisme assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture dans le cadre de l'article 4 Loi Évin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la portabilité, ceci sous réserve que l'entreprise l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif. La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

- au profit **des ayants droit d'un salarié décédé** : sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément dans les 6 mois suivant le décès, les ayants droit du salarié décédé pourront continuer à bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé moyennant paiement de la cotisation correspondante.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date du décès. La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

A cet effet, ces ayants droit devront remplir un bulletin d'affiliation.

La nouvelle affiliation prendra effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation, au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du participant et au plus tard au lendemain de la réception de la demande.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date du décès du salarié, ceci sous réserve que l'entreprise l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif.

On entend par ayant droit du salarié décédé :

- son conjoint bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de l'affiliation du salarié décédé ou d'une affiliation personnelle.

Est assimilé au conjoint du salarié décédé :

- son concubin.

- est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil ; l'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune ;
- son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Est considérée comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

- ses enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants du salarié décédé et ceux de son conjoint, âgés de moins de 26 ans :
 - affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois ;
 - en contrats d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents.
- les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

VOS RÉGIMES FACULTATIFS

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

VOTRE RÉGIME DE BASE FACULTATIF POUR VOS AYANTS DROIT

OBJECTIF

L'objectif de ce régime est de faire bénéficier votre famille du régime de base obligatoire.

COMMENT SOUSCRIRE ?

Vous devez compléter le bulletin d'affiliation santé et le remettre à votre employeur accompagné des pièces justificatives (photocopies de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire,...).

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE RÉGIME ?

Peuvent être bénéficiaires des garanties :

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

- Votre conjoint bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de votre affiliation ou d'une affiliation personnelle ;
- votre concubin :
 - est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil ; l'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune ;
- votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) :
 - est considérée comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont vous bénéficiez.

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

- Vos enfants et ceux de votre conjoint, âgés de moins de 26 ans :
 - affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois ;
 - en contrats d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents.
- Vos enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

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

L'organisme assureur 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).

Le bénéfice du présent régime n'est possible que si le salarié (dont relèvent les ayants droit mentionnés ci-dessus) est affilié au régime base obligatoire.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définie expressément au tableau des garanties figurant en page 5.

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

À la date de votre affiliation au régime base obligatoire, lorsque vous avez exprimé le choix d'étendre les garanties à vos ayants droit à cette date ou à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de votre demande. Vos ayants droit bénéficient du même niveau de couverture santé que celui auquel vous êtes affilié.

Aucune nouvelle affiliation ne pourra être acceptée suite à une résiliation des garanties facultatives à votre initiative ou à celle de vos ayants droit.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

Les garanties facultatives au profit de vos ayants droit cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- 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.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

Lorsque vous bénéficiez, en tant qu'ancien salarié, du maintien de vos garanties obligatoires au titre du dispositif de portabilité détaillé page 9 de la présente notice d'information (voir chapitre « EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS »), vos ayants droit qui étaient affiliés au régime base facultatif conservent la qualité de bénéficiaires de ces garanties, pendant la durée d'application du dispositif de portabilité. Ce maintien de garanties cesse :

- lorsque cesse la période de portabilité ;
- en cas de résiliation de votre part.

EFFET ET DURÉE DE L’AFFILIATION

Votre affiliation est souscrite 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 une 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 Mutuelle Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

La résiliation s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires des garanties.

VOTRE RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF OPTION 1 OU 2

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

Les Partenaires sociaux ont souhaité vous offrir la possibilité d'améliorer vos remboursements au travers de 2 options facultatives venant s'ajouter à votre régime de base obligatoire.

COMMENT SOUSCRIRE ?

Vous devez remplir la partie y afférente sur le bulletin d'affiliation santé.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?

Sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire par « ADULTE »

Vous-même, assuré social, salarié lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant de la **Convention collective nationale du Secteur sanitaire et social et médico-social du 26 août 1965** ;

- 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 (définition en page 12).

INFO : Pour les ayants droit, le bénéfice du régime surcomplémentaire n'est possible que s'ils sont affiliés au régime de base facultatif.

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

OPTION 1

Les niveaux de garanties s'entendent en complément du régime de base.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire. Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Postes Prestations y compris prestations Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	
• Pour le secteur conventionné	+ 50 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO), autres honoraires :	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Chambre particulière	
• Pour le secteur conventionné	+ 0,75 % du PMSS par jour (soit 24,83 € au 01/01/2018)
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)	
• Pour le secteur conventionné	+ 0,75 % du PMSS par jour (soit 24,83 € au 01/01/2018)
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Actes médicaux	
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 25 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 25 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 400 € par œil par année civile
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	
Substitut nicotinique	+ Crédit de 20 € par année civile
Vaccins	+ Crédit de 25 € par année civile
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	+ 400 € tous les 2 ans par oreille
Orthopédie et autres prothèses	+ 25 % BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Inlay simple, onlay	+ 25 % BR
Prothèses dentaires :	3 prothèses par année civile ⁽¹⁾
• Incisives, canines, prémolaire	+ 50 % BR
• Molaires	+ 50 % BR
• Inlay core et inlay à clavettes	+ 25 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100 % BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires	+ 50 % BR
Implants dentaires ⁽²⁾	+ Crédit de 100 € par année civile
Parodontologie ⁽³⁾	+ Crédit de 100 € par année civile

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement + Crédit de 100 € par année civile

Médecines hors nomenclatureAcupuncture, ostéopathie et étiopathie ⁽⁴⁾ + 5 € par acte limité à 4 actes par année civile

Ostéodensitométrie osseuse, dépistage audition et dépistage de l'obésité (médicalement prescrit) + Crédit de 20 € par année civile

Optique : monture et verres : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽⁵⁾

Monture adulte + forfait de 25 €

Monture enfant ⁽⁶⁾ + forfait de 25 €

Verres adulte RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 16 en fonction du type de verre

Verres enfant ⁽⁶⁾ GRILLE OPTIQUE page 16 en fonction du type de verre

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale + Crédit de 50 € par année civile

Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale, dont jetables + Crédit de 50 € par année civile

BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE. D.P.T.M. = DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR : C.A.S. = CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ; OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE ; OPTAM CO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS. FR = FRAIS RÉELS. PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SOIT 3311 € AU 1ER JANVIER 2018 (VOUS POUVEZ RETROUVER LA VALEUR DU PMSS À L'ADRESSE INTERNET : WWW.AMELI.FR/EMPLOYEURS/VOS-DEMARCHES/CHIFFRES-UTILES/PLAFOND-DE-LA-SECURITE-SOCIALE.PHP)

(1) AU-DELÀ DE LA LIMITE DE 3 PROTHÈSES DENTAIRES PAR ANNÉE CIVILE REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE, LA GARANTIE APPLIQUÉE EST CELLE DU DÉCRET N° 2014-1025 DU 8 SEPTEMBRE 2014 (PRISE EN CHARGE PAR PROTHÈSE DE 125 % BR).

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

(3) À L'EXCLUSION D'ACTES RÉALISÉS DANS LE CADRE DE TRAITEMENT IMPLANTAIRE, PROTHÉTIQUE OU ENDODONTIQUE.

(4) SI INTERVENTION DANS LE CADRE DE PRATICIEN INSCRIT AUPRÈS D'UNE ASSOCIATION AGRÉÉE.

(5) POUR L'APPRÉCIATION DE LA PÉRIODE PERMETTANT UN RENOUELEMENT, 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 RENOUELEMENT DE L'ÉQUIPEMENT POUR LES ADULTES EST RÉDUITE À UN AN EN CAS DE RENOUELEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE. LA JUSTIFICATION DE L'ÉVOLUTION DE LA VUE SE FONDÉ SOIT SUR LA PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MÉDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE, SOIT SUR LA PRÉSENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTÉES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ÊTRE COMPARÉE À CELLE DU DERNIER ÉQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT PAR L'ASSUREUR.

(6) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^e ANNIVERSAIRE.

GRILLE OPTIQUE OPTION 1

La grille optique se substitue à celle du régime de base.

Verres unifocaux

Codes	Adulte ou enfant	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
VA11	Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	110 €
		2287916	Sphérique	de -6 à +6	110 €
VE11	Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	60 €
		2242457	Sphérique	de -6 à +6	60 €
VA12	Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	110 €
		2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	110 €
		2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	110 €
		2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	110 €
VE12	Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
		2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
		2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
		2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €

Codes	Adulte ou enfant	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
VA13	Adulte	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	120 €
		2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	120 €
VE13	Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	80 €
		2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	80 €
VA21	Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	110 €
		2226412	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	110 €
VE21	Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	70 €
		2270413	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	70 €
VA22	Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	120 €
		2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	120 €
VE22	Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
		2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
VA23	Adulte	2212976	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	130 €
		2252668	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	130 €
VE23	Enfant	2238941	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
		2268385	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
VA24	Adulte	2288519	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	140 €
		2299523	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	140 €
VE24	Enfant	2245036	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	100 €
		2206800	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	100 €
Verres multifocaux					
Codes	Adulte ou enfant	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
VA31	Adulte	2290396	Sphérique	De -4 à +4	170 €
		2291183	Sphérique	De -4 à +4	170 €
VE31	Enfant	2259245	Sphérique	De -4 à +4	130 €
		2264045	Sphérique	De -4 à +4	130 €
VA32	Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	180 €
		2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	180 €
VE32	Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	140 €
		2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	140 €
VA41	Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	195 €
		2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	195 €
VE41	Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	155 €
		2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	155 €
VA42	Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	205 €
		2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	205 €
VE42	Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	165 €
		2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	165 €

OPTION 2

Les niveaux de garanties s'entendent en complément du régime de base.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire. Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Postes Prestations y compris prestations Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	
• Pour le secteur conventionné	+ 150 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO), autres honoraires :	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 130 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Chambre particulière	
• Pour le secteur conventionné	+ 1,5 % du PMSS par jour (soit 49,66 € au 01/01/2018)
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)	
• Pour le secteur conventionné	+ 1,5 % du PMSS par jour (soit 49,66 € au 01/01/2018)
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Actes médicaux	
Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 70 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 130 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 70 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 70 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses et examens de biologie	+ 50 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 400 € par œil par année civile
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	
Substitut nicotinique	+ Crédit de 40 € par année civile
Vaccins	+ Crédit de 75 € par année civile
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	+ 800 € tous les 2 ans par oreille
Orthopédie et autres prothèses	+ 75 % BR
Dentaire par la Sécurité sociale	
Inlay simple, onlay	+ 75 % BR
Prothèses dentaires :	3 prothèses par année civile ⁽¹⁾
• Incisives, canines, prémolaire	+ 100 % BR
• Molaires	+ 100 % BR
• Inlay core et inlay à clavettes	+ 75 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	+ 150 % BR

Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale

Prothèses dentaires	+ 100 % BR
Orthodontie	+ 250 % BR
Implants dentaires ⁽²⁾	+ Crédit de 300 € par année civile
Parodontologie ⁽³⁾	+ Crédit de 300 € par année civile

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	+ Crédit de 200 € par année civile
Frais de voyage et hébergement	

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, ostéopathie et étio-pathie ⁽⁴⁾	+ 25 € par acte limité à 4 actes par année civile
Ostéodensitométrie osseuse, dépistage audition Et dépistage de l'obésité (médicalement prescrit)	+ Crédit de 40 € par année civile

Optique : monture et verres : sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement d'un renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement ⁽⁵⁾

Monture adulte	+ forfait de 25 €
Monture enfant ⁽⁶⁾	+ forfait de 25 €
Verres adulte	RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 20 en fonction du type de verre
Verres enfant ⁽⁶⁾	RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE page 20 en fonction du type de verre
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ Crédit de 150 € par année civile
Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale, dont jetables	+ Crédit de 150 € par année civile

BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE. D.P.T.M. = DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR : C.A.S. = CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ; OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE ; OPTAM CO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS. FR = FRAIS RÉELS. PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SOIT 3311 € AU 1ER JANVIER 2018 (VOUS POUVEZ RETROUVER LA VALEUR DU PMSS À L'ADRESSE INTERNET : WWW.AMELI.FR/EMPLOYEURS/VOS-DEMARCHES/CHIFFRES-UTILES/PLAFOND-DE-LA-SECURITE-SOCIALE.PHP)

(1) AU-DELÀ DE LA LIMITE DE 3 PROTHÈSES DENTAIRES PAR ANNÉE CIVILE REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE, LA GARANTIE APPLIQUÉE EST CELLE DU DÉCRET N° 2014-1025 DU 8 SEPTEMBRE 2014 (PRISE EN CHARGE PAR PROTHÈSE DE 125 % BR).

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

(3) À L'EXCLUSION D'ACTES RÉALISÉS DANS LE CADRE DE TRAITEMENT IMPLANTAIRE, PROTHÉTIQUE OU ENDODONTIQUE.

(4) SI INTERVENTION DANS LE CADRE DE PRATICIEN INSCRIT AUPRÈS D'UNE ASSOCIATION AGRÉÉE.

(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 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.

(6) ON ENTEND PAR ENFANT, AU TITRE DES GARANTIES OPTIQUE, L'ENFANT MINEUR AVANT SON 18^E ANNIVERSAIRE.

GRILLE OPTIQUE OPTION 2

La grille optique se substitue à celle du régime de base.

Verres unifocaux

Codes	Adulte ou enfant	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
VA11	Adulte	2203240	Sphérique	de -6 à +6	120 €
		2287916	Sphérique	de -6 à +6	120 €
VE11	Enfant	2261874	Sphérique	de -6 à +6	70 €
		2242457	Sphérique	de -6 à +6	70 €
VA12	Adulte	2280660	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
		2282793	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
		2263459	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
		2265330	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
VE12	Enfant	2243540	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
		2297441	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
		2243304	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
		2291088	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €
VA13	Adulte	2235776	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	140 €
		2295896	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	140 €
VE13	Enfant	2273854	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
		2248320	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
VA21	Adulte	2259966	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	130 €
		2226412	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	130 €
VE21	Enfant	2200393	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	80 €
		2270413	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	80 €
VA22	Adulte	2284527	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	140 €
		2254868	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	140 €
VE22	Enfant	2283953	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
		2219381	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
VA23	Adulte	2212976	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
		2252668	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
VE23	Enfant	2238941	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	100 €
		2268385	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	100 €
VA24	Adulte	2288519	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	160 €
		2299523	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	160 €
VE24	Enfant	2245036	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	110 €
		2206800	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	110 €

Verres multifocaux

Codes	Adulte ou enfant	Code LPP	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
VA31	Adulte	2290396	Sphérique	De -4 à +4	190 €
		2291183	Sphérique	De -4 à +4	190 €
VE31	Enfant	2259245	Sphérique	De -4 à +4	140 €
		2264045	Sphérique	De -4 à +4	140 €
VA32	Adulte	2245384	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	200 €
		2295198	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	200 €
VE32	Enfant	2238792	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
		2202452	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	150 €
VA41	Adulte	2227038	Tout cylindre	De -8 à +8	215 €
		2299180	Tout cylindre	De -8 à +8	215 €
VE41	Enfant	2240671	Tout cylindre	De -8 à +8	165 €
		2282221	Tout cylindre	De -8 à +8	165 €
VA42	Adulte	2202239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	225 €
		2252042	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	225 €
VE42	Enfant	2234239	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	175 €
		2259660	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	175 €

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

Soit à la date d'affiliation au régime de base obligatoire, soit au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande.

COMMENT CHANGER D'OPTION ?

Vous pouvez changer d'option du régime surcomplémentaire facultatif au 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'adhésion à l'une des options du régime.

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, du signataire d'un PACS, ou d'un enfant) :

- la condition de 2 années complètes d'adhésion visées ci-dessus n'est pas requise ;
- le changement intervient le 1^{er} jour du trimestre civil, sous réserve que la demande soit adressée dans les 30 jours suivant l'évènement.

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

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

La résiliation s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie.

Pour **tout salarié** :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail) ;
- en cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire.

Pour **ses éventuels bénéficiaires** :

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

INFO : En tout état de cause, la résiliation ou la suspension de la garantie du régime de base entraîne la résiliation ou la suspension de la garantie du régime surcomplémentaire. En revanche, la résiliation de la garantie du régime surcomplémentaire n'entraîne pas la résiliation de la garantie du régime de base.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

Lorsque vous bénéficiez, en tant qu'ancien salarié, du maintien de vos garanties obligatoires au titre du dispositif de portabilité détaillé page 9 de la présente notice (voir chapitre « votre régime obligatoire »), vous pouvez demander le maintien de vos garanties optionnelles facultatives, pour vous-même et pour vos bénéficiaires.

Ce maintien de garanties s'effectue dans les mêmes limites, conditions et formalités que pour les salariés en activité affiliés au même régime. Il est financé par les cotisations de l'employeur et des salariés en activité (mutualisation).

Pour vous comme pour vos ayants droit, ce maintien de garanties du régime surcomplémentaire facultatif s'applique pendant la durée d'application du dispositif de portabilité, et cesse :

- lorsque cesse la période de portabilité ;
- en cas de résiliation de votre part ;
- lorsque l'ayant droit ne remplit plus les conditions pour être bénéficiaire.

EFFET ET 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^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif Couverture Mutuelle Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

La garantie peut être suspendue 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.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX RÉGIMES FACULTATIFS

COTISATIONS

Les cotisations des garanties facultatives sont exclusivement à votre charge, et sont prélevées mensuellement par l'organisme assureur sur votre compte bancaire, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur.

Il faut donc dans ce cas bien penser à remplir le mandat de prélèvement.

En cas d'affiliation en cours de mois, la cotisation mensuelle est dûe en totalité.

En cas de non-paiement des cotisations de votre régime surcomplémentaire facultatif, dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'organisme assureur vous adressera une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, l'organisme assureur informe de la cessation automatique de la garantie.

INDEXATION

Les cotisations peuvent être indexées au 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend de l'équilibre global du portefeuille mutualisé. L'indexation ainsi définie vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue. Lorsque vous vous opposez avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, votre adhésion est automatiquement résiliée au 31 décembre de l'année en cours. À défaut d'opposition notifiée sur l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours, les cotisations indexées s'appliquent de plein droit.

ADHÉSION À DISTANCE

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

- 1/ La dénomination de l'organisme assureur, l'adresse de son siège social, lorsque l'organisme assureur est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;
- 2/ Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci ;
- 3/ La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- 4/ La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;
- 5/ L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en

contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6/ La loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat ;

7/ Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

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

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

ADHÉSION SUITE AU DÉMARCHAGE DE L'ASSURÉ

Définition

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

Droit à renonciation

L'assuré a la faculté de renoncer à son contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 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 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 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 organisme assureur gestionnaire. Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

J'ai souscrit une adhésion pour le produit Accord santé CCN 65 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

FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (système « NOEMIE »), l'assurance maladie obligatoire transmet directement à l'organisme assureur l'ensemble des informations concernant vos remboursements. Dans ce cas, aucun décompte de l'assurance maladie obligatoire n'est à adresser à l'organisme assureur.

Le décompte de l'assurance maladie obligatoire, et les éventuels justificatifs à joindre (voir ci-après « Demande de justificatifs ») ne doivent être adressés à l'organisme assureur que dans les cas suivants :

- si votre demande de remboursement complémentaire concerne des frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais ne faisant pas l'objet d'une télétransmission automatique ;
- si votre remboursement ne vous est pas parvenu normalement, ou sur demande expresse de l'organisme assureur.

Si un (ou plusieurs) de vos ayants droit, couvert(s) par la présente garantie, possède(nt) à titre personnel une autre garantie complémentaire auprès d'un autre organisme assureur (souscrite ou non par l'employeur) :

- en premier lieu, il doit demander le remboursement de ses frais de santé auprès de cet organisme ;
- puis s'il reste des frais à sa charge, il peut en demander le remboursement au titre de la présente garantie, dans la limite des montants maximums définis dans la présente notice.

Dans ce cas, la télétransmission automatique des données ne peut s'opérer, et il convient d'adresser à l'organisme assureur l'original du décompte de l'organisme assureur ayant remboursé la première partie des frais.

La télétransmission automatique des données peut également ne pas s'opérer si un (ou plusieurs) de vos ayants droit, couvert(s) par la présente garantie, est assuré par certains régimes de base spécifiques. Dans ce cas, il convient d'adresser à l'organisme assureur les décomptes originaux des règlements de frais de santé effectués par ces régimes de base.

ATTENTION : si vous avez engagé des dépenses pour frais d'optique, prothèses dentaires, appareillages ou autres prothèses, frais ayant entraîné des dépassements d'honoraires, vérifiez que le montant des frais réels indiqué sur votre décompte de l'assurance maladie obligatoire correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, faites parvenir à l'organisme assureur la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte de l'assurance maladie obligatoire.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont vous aurez transmis les coordonnées bancaires à l'organisme assureur.

L'organisme assureur doit vous adresser un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en vous connectant

- pour AG2R Réunica Prévoyance :
- à votre espace client sur www.ag2rlamondiale.fr/
- pour MUTEX :

LISTE DES JUSTIFICATIFS NÉCESSAIRES

Pour les frais de santé mentionnés ci-après, vous devez adresser à l'organisme assureur les justificatifs correspondants, nécessaires à l'organisme assureur pour le traitement des remboursements (dans la limite des frais réellement engagés, et sous réserve que ces frais soient mentionnés au tableau des garanties de la présente notice).

Hospitalisation médicale et chirurgicale

- **Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière :**
 - clinique : bordereau de facturation acquitté mentionnant la Discipline Médico Tarifaire (code DMT ou DCS),
 - hôpital : avis des sommes à payer mentionnant le mode de traitement (code MT) + attestation de paiement.
- **Dépassements d'honoraires :** bordereau de facturation acquitté précisant la base de remboursement et le montant du dépassement (joindre devis si établi précédemment).

Dentaire

- **Prothèses dentaires remboursées et non remboursées :** décompte de l'assurance maladie obligatoire (si prothèse remboursée et pas de télétransmission) et facture détaillant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée,

- la nature détaillée des actes (code acte CCAM),
- les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.
- **Orthodontie non remboursée** : facture acquittée précisant les dates de début et de fin de période (trimestre, semestre, contention).
- **Implantologie, parodontologie** : facture détaillée précisant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée ;
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM);
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.

Optique

- **Lunettes et lentilles remboursées** : facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- **Lentilles non remboursées** : facture acquittée et copie de la prescription médicale.
- **Chirurgie réfractive non remboursée** : facture acquittée.

Cures thermales

- **Frais de traitement et honoraires** : facture des soins acquittée.
- **Forfait cure (frais de voyage et d'hébergement)** : décompte de l'assurance maladie obligatoire sur lequel figure l'acte « Honoraires de surveillance thermale ».

Consultations et actes non remboursés

- **Consultations non remboursées** : acupuncture, ostéopathie et étio-pathie : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées (ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, psychomotricien).
- **Actes de prévention non remboursés** : Ostéodensitométrie osseuse, dépistage audition, dépistage de l'obésité : facture acquittée, et prescription médicale).
- **Vaccins** : Facture acquittée, et copie de la prescription médicale (sauf vaccin contre la grippe).
- **Appareil assistant d'écoute** : facture acquittée

Autres frais

En cas de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...)

Dans tous les cas nécessitant l'envoi de justificatifs, afin de faciliter le traitement de votre dossier, précisez systématiquement le numéro d'assuré social du bénéficiaire des soins.

Les devis et factures adressés à l'organisme assureur l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale ou demander tout élément complémentaire à l'étude. Dans ce cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

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 des personnes présentant un risque de fraude.

À tout moment, l'organisme assureur peut vous demander de produire des justificatifs supplémentaires pour le traitement de vos demandes de remboursements de frais.

Tiers payant : les frais pris en charge dans le cadre du tiers payant et pour lesquels vous n'effectuez aucune avance de frais ne nécessitent pas de pièces justificatives, sauf la présentation de votre carte de tiers payant.

LE 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 de l'assurance maladie obligatoire ;
- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

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

CARTE DE TIERS PAYANT : pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte de tiers payant ; votre carte vous évite l'avance de frais. Dans le cas contraire, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien, qui doit vous remettre une facture acquittée.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement **conventionné** (uniquement), l'organisme assureur vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base des garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge, sauf mention contraire expressément prévue dans votre tableau de garanties (sur production de justificatif).

Pour cela, présentez votre carte de tiers payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche pour vous.

Vous pouvez également demander la prise en charge **directement à l'organisme assureur** :

- AG2R Réunica Prévoyance : par TÉLÉPHONE au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).
- MUTEX : à l'unité de gestion de votre mutuelle.

Vous pouvez également, sur place, présenter votre carte 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 de l'organisme assureur. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention de l'organisme assureur.

Pour savoir si votre opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné dans votre tableau de garanties et/ou sur votre carte de tiers payant, **contactez l'organisme assureur**.

Vous pouvez également reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

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'envoie à **l'organisme assureur**. En retour, il vous est notifié le montant de l'intervention complémentaire 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.

RAPPEL : pour tout assuré ou ayant droit de 16 ans et plus, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie et par votre régime complémentaire frais de santé.

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.

Rappel : si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie et par votre régime complémentaire frais de santé.

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.

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

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

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

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE / FRANCHISE

Participation forfaitaire d'un euro

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

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

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

Franchise

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

Son montant est de :

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

LEXIQUE

- **Base de remboursement (BR)** : tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.
- **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.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Législation en vigueur en janvier 2018.

Nature des frais	Frais réels	Base de remboursement	Remboursements		Reste à votre charge
			Sécurité sociale	AG2R Réunica Prévoyance ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Base	50 €	30 €	20,00 € ⁽³⁾	29,00 €	1,00 €
Base + option 1	50 €	30 €	20,00 € ⁽³⁾	29,00 €	1,00 €
Base + option 2	50 €	30 €	20,00 € ⁽³⁾	29,00 €	1,00 €

Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale (incisives, canines, prémolaires)					
Base	550 €	107,50 €	75,25 €	301,00 €	173,75 €
Base + option 1	550 €	107,50 €	75,25 €	354,75 €	44,75 €
Base + option 2	550 €	107,50 €	75,25 €	474,75 €	0,00 €

Optique adulte					
Monture					
Base	150 €	2,84 €	1,70 €	125,00 €	33,30 €
Base + option 1	150 €	2,84 €	1,70 €	150,00 €	8,30 €
Base + option 2	150 €	2,84 €	1,70 €	150,00 €	8,30 €
Verres (la paire)					
Base	350 €	4,58 € ⁽⁴⁾	2,75 €	160,00 €	190,00 €
Base + option 1	350 €	4,58 € ⁽⁴⁾	2,75 €	220,00 €	130,00 €
Base + option 2	350 €	4,58 € ⁽⁴⁾	2,75 €	240,00 €	110,00 €

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

(2) DANS LE CADRE DU PARCOURS COORDONNÉ, CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE ADHÉRENT À UN D.P.T.M. (DÉPASSEMENT MAÎTRISÉ), POUR AVIS PONCTUEL, 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 DES VERRERES BLANCS SIMPLE Foyer, IDENTIQUES DE -6 À +6.

GÉNÉRALITÉS

EXCLUSIONS

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.

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 : soit la date des soins pratiqués s'il s'agit de prestations non remboursées par la Sécurité sociale, soit la date de remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas.
- 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'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon la garantie souscrite).

L'organisme assureur 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,
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article 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 (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 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.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la participation de l'assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à votre charge ou à celle de vos ayants droit après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.872-1 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et aux présents régimes détaillés dans la notice d'information.

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.

Des justificatifs peuvent être demandés par l'organisme assureur à cet effet.

La garantie accordée à un conjoint ou concubin affilié à un régime de Sécurité sociale autre que celui des salariés ne peut dépasser celle qui aurait été accordée s'il avait bénéficié du régime des salariés.

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.

TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

Les salariés garantis exercent leur activité dans le champ d'application de la Convention collective nationale du Secteurs Sanitaire et social et médico-social du 26 août 1965 : France métropolitaine et départements français d'Outre-Mer.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par événement, il faut entendre : soit la date du soin si l'acte n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, soit la date du remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur 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'organisme assureur 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 (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et 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'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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.
- ou à :

- la mutuelle désignée par les conditions particulières établies pour l'adhérent.

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

- Conciliateur AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola- Mons en Baroeul – 59896 Lille Cedex 9.

ou pour :

- MUTEX, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les conditions particulières établies pour l'adhérent.

En cas de désaccord sur la réponse donnée par le conciliateur, les réclamations peuvent être présentées :

- pour AG2R LA MONDIALE : au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ;
- pour MUTEX : au Service fédéral de médiation de la Mutualité française - 255 rue de Vaugirard – 75015 PARIS (la médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été engagée).

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

COMMENT ET POURQUOI SONT UTILISÉES VOS DONNÉES ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi l'organisme assureur utilise :

- des données relatives à votre âge, votre situation familiale ou professionnelle, à votre santé qui sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- vos coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes l'organisme assureur de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'organisme assureur, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

L'organisme assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, l'organisme assureur ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de AG2R LA MONDIALE ou de MUTEX – l'alliance mutualiste ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

QUELS SONT VOS DROITS ET COMMENT LES EXERCER ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Ils disposent de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont ils entendent que soient exercés ces droits, après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité :

- pour AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 104-110 boulevard Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08 ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr
- pour MUTEX, à la mutuelle désignée aux Conditions particulières.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

L'organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'organisme assureur :

- <https://www.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>
- <https://www.mutex.fr/Mentions-legales/Mentions-legales>

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'institution est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

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

AG2R LA MONDIALE

104-110 bd Haussmann

75379 Paris Cedex 08

Tél. : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

www.ag2ramondiale.fr

MUTEX

125 avenue de Paris

92327 CHÂTILLON CEDEX

<https://ccn.mutex.fr>

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

À DÉTACHER
ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné, _____

reconnais avoir reçu la **notice d'information** relative au régime frais de santé mis en place dans le cadre de la **Convention collective nationale du Secteurs Sanitaire et social et médico-social du 26 août 1965**,

souscrit par mon employeur auprès de l'organisme assureur : _____

À _____

Le _____

Signature du salarié

Ce document doit être conservé par l'employeur sans limitation de durée.