



AG2R LA MONDIALE

**REGIME COMPLEMENTAIRE DE COUVERTURE
DES FRAIS DE SANTE AU PROFIT DES SALARIES
DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE**

**Accord collectif du 12 août 2008 Titre I
Modifié par avenant du 28 juin 2016**

CONDITIONS GENERALES 1^{er} janvier 2017



SOMMAIRE

ARTICLE 1 : OBJET	3
ARTICLE 2 : COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE	3
ARTICLE 3 : ADMISSION D'UN ADHERENT	4
ARTICLE 4 : ADHESION DES SALARIÉS	5
ARTICLE 5 : AYANTS DROIT	10
ARTICLE 6 : COTISATIONS	12
ARTICLE 7 : REMBOURSEMENTS	13
ARTICLE 8 : NOTICE D'INFORMATION	14
ARTICLE 9 : RECOURS	15
ARTICLE 10 : PRESCRIPTION	15
ARTICLE 11 : REVISION	16
ARTICLE 12 : ASSURANCE INDIVIDUELLE APRES RESILIATION DES CONDITIONS GENERALES OU DU BULLETIN D'ADHESION	16
ARTICLE 13 : CONTRÔLE DE L'ASSUREUR	16
TITRE II - GARANTIES	17
ARTICLE 14 : DROIT AUX PRESTATIONS	17
ARTICLE 15 : CONTRAT RESPONSABLE	17
ARTICLE 16 : LIMITATION AUX FRAIS REELS	19
ARTICLE 17 : DEFINITION DE CERTAINS POSTES	19
17.1 - Hospitalisation	19
17.2 - Actes techniques	20
17.3 - Dentaire20	
17.4 - Optique 21	
17.5 – Appareillage médicalement prescrit	21
17.6 – Cures thermales	22
17.7 - Maternité	22
17.8 – Ostéopathie	22
TITRE III - MONTANT DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS	24
ARTICLE 18 : MONTANT DES PRESTATIONS	24
ARTICLE 19 : MONTANT DES COTISATIONS OBLIGATOIRES	26
ARTICLE 20 : MONTANT DES COTISATIONS FACULTATIVES	28
ARTICLE 21 : GESTION DU REGIME	29
ARTICLE 22 : HAUT DEGRE DE SOLIDARITE	29



TITRE I - GENERALITES

ARTICLE 1 : OBJET

- a) Les partenaires sociaux ont signé en date du 28 juin 2016 un avenant à l'accord collectif conclu le 12 août 2008 instituant un régime complémentaire obligatoire de couverture des frais de santé au profit des salariés et des anciens salariés des Organismes de Sécurité sociale et de leurs établissements, ainsi que de leurs ayants droit. Cet avenant, agréé par le ministère de tutelle le 11 juillet 2016, fixe notamment la nouvelle procédure de recommandation des assureurs du régime, ainsi que les conditions de mise en œuvre du « haut degré de solidarité » qui y est associée, conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et législatives.

Afin de mettre en œuvre le régime frais de santé pour lequel ils sont recommandés, les assureurs proposent aux Organismes de Sécurité sociale et à leurs établissements, l'adhésion au contrat régi par les présentes conditions générales, mettant ainsi en œuvre un processus de mutualisation conduisant à l'établissement d'un compte de résultat consolidé pour l'ensemble des adhésions au contrat.

On entend par Organismes de Sécurité sociale, tous les organismes de Sécurité sociale, leurs établissements et autres entités ayant obtenu l'aval de la Commission Paritaire de Pilotage pour adhérer au régime ; ci-après communément dénommé « l'Organisme » ou « l'Adhérent ».

- b) Les présentes conditions générales et le bulletin d'adhésion de l'Organisme formalisent l'adhésion au contrat d'assurance, auprès de AG2R REUNICA PREVOYANCE ci-après dénommé l'Assureur.
- c) **Les présentes conditions générales ont été établies conformément aux dispositions de l'accord du 12 août 2008 tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 28 juin 2016, dont l'assureur déclare avoir parfaite connaissance. L'assureur réitère son engagement de respecter les termes dudit accord** qui, en cas de besoin, prévaudront sur les présentes conditions générales.

ARTICLE 2 : COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE

Le fonctionnement des présentes conditions générales est soumis au contrôle de la Commission Paritaire de Pilotage instituée par l'accord du 12 août 2008 dans le respect des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

La Commission Paritaire de Pilotage devra être informée de toute difficulté liée à l'application des présentes conditions générales. Elle sera saisie de tout litige portant sur l'application des présentes conditions générales et de leurs avenants.



ARTICLE 3 : ADMISSION D'UN ADHERENT

3.1 - Définition des Adhérents

Acquiert la qualité d'« Adhérent » tout Organisme :

- Entrant dans le champ d'application de l'accord du 12 août 2008 ou ayant sollicité et obtenu son adhésion au régime complémentaire de couverture des frais de santé mis en œuvre par l'accord du 12 août 2008,
- Et ayant rejoint le régime mutualisé auprès de l'un des organismes assureurs recommandés, dans les conditions d'adhésion ci-après exposées.

La qualité d'« Adhérent » implique l'acceptation de l'ensemble des dispositions des présentes conditions générales.

3.2 - Formalités d'adhésion

L'adhésion est formalisée par le retour à l'Assureur, du bulletin d'adhésion dûment rempli, daté et signé, par l'Organisme visé à l'article 3.1 ci-dessus.

L'Adhérent s'engage à remettre à tous les Salariés concernés les bulletins individuels d'adhésion (à lui retourner complétés) et à les adresser à l'Assureur pour la mise en œuvre du régime détaillé aux présentes conditions générales.

L'adhésion emporte application des présentes conditions générales ainsi que des statuts de l'Assureur aux dispositions desquels les conditions générales n'ont pas dérogé.

L'Assureur est tenu d'informer la Commission Paritaire de Pilotage de toute difficulté qu'il rencontrerait dans la formalisation des adhésions individuelles, notamment de lui signaler tout refus d'un Adhérent de lui transmettre les bulletins d'adhésion individuelles des salariés. L'Adhérent qui s'abstiendrait de transmettre les informations rendues nécessaires soit en vertu de l'accord du 12 août 2008 soit en vertu des présentes dispositions générales sera tenu pour responsable des conséquences préjudiciables de son refus.

3.3 - Effets de l'adhésion

L'Adhésion est acquise obligatoirement pour l'ensemble des garanties constituant le Régime complémentaire des frais de santé et pour l'ensemble du personnel visé au bulletin d'adhésion de l'Organisme.

Les garanties prévues par le régime ainsi que le montant des prestations et des cotisations correspondants sont fixés aux Titres II et III ci-après.

L'Adhérent participe directement ou indirectement, es-qualité et selon les statuts de l'Assureur, aux instances de l'Assureur.



3.4 - Date d'effet, durée et résiliation de l'adhésion

En application des présentes conditions générales, l'adhésion au présent contrat, prend effet à la date mentionnée par l'Assureur sur le bulletin d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'Adhérent, signifiée par lettre recommandée envoyée au plus tard le 31 octobre précédant la date d'effet du renouvellement.

La dénonciation des conditions générales entraîne la résiliation de toutes les adhésions et donc la cessation des effets du contrat pour tous les Adhérents et les Salariés à la date de prise d'effet de la dénonciation.

Par ailleurs, l'adhésion d'un Organisme prend fin :

- lorsque l'Organisme ne remplit plus les conditions pour être « Adhérent » aux présentes conditions générales, sous réserve que la Commission Paritaire de Pilotage ait accepté la résiliation ou en ait pris l'initiative ;
- en tout état de cause, à la date d'effet du terme ou du retrait de la recommandation de l'Assureur par la Commission Paritaire de Pilotage ou de la renonciation d'un assureur à sa recommandation.

ARTICLE 4 : ADHESION DES SALARIÉS

4.1 – Caractère obligatoire

Adhère obligatoirement au régime, le personnel salarié de l'Adhérent, relevant d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie français.

Les salariés qui en font la demande et peuvent justifier d'une dispense d'adhésion conforme aux obligations légales et conventionnelles dont relève l'Adhérent ne sont pas tenus d'adhérer au présent régime. Ils sont tenus d'adhérer dès lors qu'ils ne remplissent plus les conditions leur permettant de justifier d'une dispense d'adhésion.

L'adhésion implique l'opposabilité de l'ensemble des dispositions des présentes conditions générales, ainsi que des modifications qui pourraient résulter de toutes modifications de l'accord du 12 août 2008 et/ ou des décisions de la Commission Paritaire de Pilotage dans le cadre des prérogatives qui lui sont définies par ledit accord.

4.2 - Formalités d'adhésion des Salariés et suivi

a) L'adhésion de chaque Salarié a lieu :

- dès la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent pour tous les salariés dont le contrat de travail est en cours à cette date ;
- dès la date d'entrée chez l'Adhérent, et au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent, pour les salariés dont le contrat de travail prend effet postérieurement à cette date.



Les adhésions individuelles doivent être signalées à l'Assureur au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'entrée du personnel chez l'Adhérent en faisant parvenir à l'Assureur le bulletin individuel d'adhésion.

Les adhésions survenues au cours d'un mois doivent de plus être récapitulées à l'appui du bordereau de paiement des cotisations relatif à la même période. Cet état doit mentionner, par ailleurs, les autres modifications survenues au sein du personnel concerné au cours de la période écoulée : rupture ou suspension du contrat de travail avec indication du motif (licenciement, démission, retraite, décès, congé sans solde avec sa nature, etc.)

- b) Chaque Salarié doit remplir un bulletin individuel d'adhésion, qui est ensuite remis à l'Assureur par l'Adhérent. Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires concernant le Salarié et les membres de sa famille devant bénéficier des garanties.

4.3 – Effets de l'adhésion

Le Salarié, adhérent à titre obligatoire, bénéficie, pour lui-même et le cas échéant pour ses ayants droit (cf. article 5), des remboursements des frais de santé décrits au titre II. Les Salariés et leurs ayants droit peuvent être ci-après dénommés, communément ou individuellement, « Assurés ».

Le Salarié adhérent à titre obligatoire participe directement ou indirectement, es-qualité et selon les statuts de l'Assureur, aux instances de l'Assureur.

4.4 - Suspension de l'adhésion des Salariés

La suspension du contrat de travail entraîne la suspension de l'adhésion pendant la durée de la suspension du contrat de travail du Salarié, sauf dans les cas suivants :

- suspension du contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire ;
- d'arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
- de congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
- de congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
- de congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an ;
- de congé de solidarité familiale ;
- de congé de proche aidant;
- de congé de présence parentale ;
- de congé sans solde inférieur ou égal à un mois.

Lorsque l'adhésion obligatoire est suspendue, le Salarié peut bénéficier à titre facultatif du maintien du régime (pour lui-même et ses éventuels ayants droit), moyennant paiement de la cotisation correspondante prévue au contrat sans participation de l'employeur.



La suspension de l'adhésion s'applique aux salariés ainsi qu'à l'ensemble de leurs ayants droit tels que définis à l'article 5. Pendant la période de suspension d'adhésion, le Salarié et ses ayants droit ne peuvent se prévaloir d'aucun droit issu des présentes conditions générales sauf en cas de demande de maintien de l'adhésion à titre facultatif.

A l'issue de la suspension du contrat de travail, les salariés recouvrent les effets de l'adhésion sans formalités.

L'Adhérent s'engage à communiquer à l'Assureur, dès la suspension de leur contrat de travail, le nom des Salariés dont le contrat de travail est suspendu avec indication du motif, de la date et de la durée de la suspension.

4.5 - Cessation de l'adhésion du Salarié

L'adhésion prend fin :

- pour chaque Salarié à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions pour être couvert et notamment à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 4.6 des présentes conditions générales ;
- pour l'ensemble des Salariés d'un Adhérent, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de cet Adhérent dans les conditions indiquées au 3.4 ci-dessus ;
- pour l'ensemble des Salariés à la date de retrait de la recommandation de l'Assureur par la Commission Paritaire de Pilotage ou de renonciation à la recommandation par l'assureur.

L'Adhérent s'engage à communiquer à l'Assureur, dans le mois de la cessation de leur contrat de travail au plus tard, le nom des Salariés dont le contrat de travail a été rompu avec indication de la nature et de la date de cessation de travail.

4.6 - Maintien des garanties

a) Maintien des garanties en cas de rupture de contrat de travail (au titre de la portabilité des droits issue de l'article L.911.8 du code de la Sécurité sociale).

En cas de rupture du contrat de travail, les anciens salariés de l'Adhérent bénéficient du maintien des garanties pendant leur période de chômage indemnisé dans les conditions définies ci-dessous.

➤ Prise d'effet et durée du maintien des garanties

Ce maintien prend effet dès le lendemain de la date de cessation effective du contrat de travail (terme du préavis effectué ou non) pour 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 **douze mois**, à compter de la date de cessation du contrat de travail.



AG2R LA MONDIALE

La suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

➤ **Conditions cumulatives requises pour l'accès au maintien des garanties**

L'ancien salarié doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont concernés (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime, convention de reclassement personnalisé), à l'exception de la faute lourde ;
- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'Assurance chômage ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur avant la cessation du contrat de travail.

Ce maintien est accordé à l'ancien salarié à titre gratuit et le cas échéant à ses ayants droit (à charge ou non) qui bénéficiaient effectivement des garanties au moment de la cessation du contrat de travail, ainsi qu'aux enfants (naissance, adoption) acquérant cette qualité pendant la période de maintien.

Le financement de ce maintien dans le régime est assuré par **mutualisation**.

Si le salarié avait renoncé au bénéfice du régime frais de santé du fait d'une dispense d'adhésion, il ne pourra pas, ainsi que ses ayants droit, prétendre au bénéfice de la portabilité des garanties.

➤ **Garanties maintenues**

Les garanties maintenues sont identiques à celles en vigueur pour les salariés actifs.

➤ **Modifications contractuelles**

Toutes les modifications apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des conditions réglementaires, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables, dans les mêmes conditions, aux bénéficiaires du maintien de garantie au titre de la portabilité ainsi qu'à leurs ayants droit.

➤ **Modalités d'information**

L'Adhérent doit informer l'Assureur dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés.



➤ **Obligations du bénéficiaire du maintien des garanties**

Le bénéficiaire du maintien doit justifier auprès de l'Assureur, à l'ouverture et au cours de la période du maintien des garanties, des conditions énoncées ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'Assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

Il doit signaler également toute modification de sa situation (fin d'indemnisation chômage, reprise d'une activité professionnelle...) à l'Assureur et plus généralement, il doit informer immédiatement l'Assureur de toute évolution de sa situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.

➤ **Fin du maintien des garanties**

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage quel qu'en soit le motif ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion souscrite par l'employeur ou de la date de dénonciation de l'accord du 12 août 2008 ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

Seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date des soins est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties pourront être pris en charge.

A l'issue de cette période de maintien des garanties, l'intéressé peut, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime des anciens salariés ci-après.

A ce titre, l'intéressé recevra de l'assureur une proposition de maintien de la couverture au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

b) Maintien des garanties sans participation de l'employeur (régime des anciens salariés)

Les anciens salariés de l'adhérent peuvent s'ils le souhaitent bénéficier du régime des anciens salariés dès lors qu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- ils perçoivent une rente d'incapacité ou d'invalidité, une pension de retraite ou une allocation chômage et n'exercent pas d'activité professionnelle sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite et si à leur dernier jour d'activité, ils étaient salariés de l'adhérent;
- les ayants droit sont également concernés dès lors qu'ils étaient couverts au titre du régime des actifs ;

Le maintien facultatif de ces garanties vaut autant de temps que l'intéressé ne reprend pas une activité professionnelle rémunérée (sauf en cas de cumul emploi-retraite), qu'il conserve le bénéfice des prestations et pensions visées ci-dessus et qu'il s'acquitte de la



AG2R LA MONDIALE

cotisation prévue par le régime des anciens salariés. Le maintien facultatif des garanties vaut, au choix de l'intéressé, soit uniquement pour lui-même, soit pour lui-même et pour ses éventuels ayants droit à la date de cessation du contrat de travail.

- en cas de décès d'un salarié actif, les ayants droit peuvent bénéficier du régime des anciens salariés ;
- en cas de décès d'un ancien salarié bénéficiant d'un maintien de garantie dans le cadre du régime décrit aux présentes conditions générales, les ayants droit peuvent également bénéficier du régime des anciens salariés.

En tout état de cause, l'Assureur adressera à l'ancien salarié une proposition de maintien de couverture au régime des anciens salariés, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de sa date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité, dès lors qu'il aura eu connaissance.

L'Assureur adressera également un courrier pour proposer ce maintien de couverture à l'ayant droit du Salarié décédé ou de l'ancien salarié décédé au plus tard dans un délai de deux mois suivant le décès.

La poursuite de la couverture des frais de santé aux bénéficiaires visés ci-dessus, s'effectuera sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail du Salarié ou suivant l'expiration de la période durant laquelle l'ancien salarié bénéficie du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité ou son décès, selon la situation visée.

ARTICLE 5 : AYANTS DROIT

5.1 - Ayants droit couverts à titre obligatoire

5.1.1 – Définition

Bénéficie du régime à titre obligatoire :

- le conjoint marié (et par assimilation le concubin ou la personne liée par un PACS) à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- l'enfant âgé de moins de 27 ans du salarié ou de son conjoint à charge tel que précédemment défini et qui remplit l'une des conditions suivantes :
 - être à la charge, au sens de la législation Sécurité sociale, du salarié ou de son conjoint, en sa qualité d'ayant droit du salarié ou de son conjoint ;
 - poursuivre ses études, et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
 - être demandeur d'emploi inscrit au Pôle emploi et non indemnisé par celui-ci ;
 - être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou stagiaire à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80% du Smic brut, et de ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.



Ces dispositions s'appliquent sans limite d'âge à l'enfant reconnu invalide, ou handicapé, dans la mesure où il ne perçoit pas de revenus supérieurs à 80% du Smic brut.

5.1.2 – Date d'effet et durée de la couverture des ayants droit

Les ayants droit bénéficient de la garantie dès que le Salarié est lui-même admis à l'Assurance, sous réserve d'avoir été déclarés sur le bulletin individuel d'adhésion.

La garantie cesse pour chaque enfant à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions pour être enfant à charge au sens du 5.1.1 ci-dessus ; il en est de même pour le conjoint, concubin ou partenaire de PACS s'il vient à perdre sa qualité d'ayant droit du Salarié au sens du 5.1.1 ci-dessus.

Toutefois, en cas de décès du Salarié, les ayants droit du Salarié décédé, peuvent conserver le bénéfice des garanties sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois suivant le décès et qu'ils acquittent la cotisation correspondante (cf. article 4.6 b).

5.1.3 – Modalités d'adhésion des ayants droit

Les informations concernant les ayants droit du Salarié au sens du 5.1.1 ci-dessus doivent être indiquées sur le bulletin individuel d'adhésion du Salarié.

Toute évolution (nouvel ayant droit, perte de la qualité d'ayant droit ...) doit être indiquée dans les quinze jours en renvoyant un bulletin individuel de modification. Par ailleurs, toutes les évolutions intervenues au cours d'un mois doivent être récapitulées à l'appui du bordereau de paiement des cotisations relatif à la même période. Cet état doit mentionner toutes les modifications survenues au cours de la période écoulée et entraînant la cessation de la garantie pour la totalité ou pour certains des membres de la famille.

Les modifications ou cessations de garanties prennent effet à la date à laquelle sont intervenus les événements modifiant ou mettant fin à la garantie.

5.2 – Ayants droit couverts à titre facultatif

5.2.1 – Définition

Peuvent adhérer à titre facultatif au régime, sans participation financière de l'Employeur, en contrepartie d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, ainsi que ses enfants à charge au sens du 5.1.1. ci-dessus ;
- l'enfant de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un salarié ;

L'adhésion prend fin à la date de rupture du contrat de travail du salarié. Les intéressés peuvent, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime des anciens salariés.



5.2.2 – Modalités d’adhésion facultative

Toute personne qui remplit les critères visés au 5.2.1 ci-dessus et qui souhaite être couverte par le présent contrat doit faire une demande d’adhésion auprès de l’Assureur.

5.2.3 – Date d’effet et durée de l’adhésion à titre facultatif

L’adhésion à titre facultatif prend effet à la date indiquée sur le bulletin individuel d’adhésion signé par le salarié et accepté par l’Assureur, pour une période allant jusqu’au 31 décembre suivant sa date d’effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dans les cas suivants :

- résiliation par l’Assuré par l’envoi d’une lettre recommandée avec accusé de réception, à l’Assureur, avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l’année de dénonciation ;
- résiliation par l’Assureur, en cas de non-paiement par l’Adhérent de cotisations relatives à l’adhésion facultative ;
- adhésion de l’ayant droit à un régime obligatoire.

L’adhésion prend fin en tout état de cause :

- à la date à laquelle l’ayant droit ne remplit plus les conditions pour être adhérent à titre facultatif ;
- à la date à laquelle le Salarié dont dépend l’ayant droit à titre facultatif perd sa qualité d’Assuré ;
- à la date d’effet de la résiliation de l’adhésion de l’Adhérent,
- à la date d’effet du retrait de la recommandation de l’Assureur par la Commission Paritaire de Pilotage.

ARTICLE 6 : COTISATIONS

6.1 - Cotisations obligatoires et facultatives précomptées par l’Adhérent

Les cotisations couvrant le Salarié, ses ayants droit à titre obligatoire tels que définis à l’article 5.1 ci-dessus, et ses ayant droits à titre facultatif tels que définis à l’article 5.2 ci-dessus sont payables mensuellement et dues le dernier jour du mois civil auquel elles se rapportent.

Elles sont payées directement par chaque Adhérent qui est seul responsable du versement des cotisations concernant les assurés couverts à titre obligatoire.

A cet effet, l’Adhérent complète, selon les indications qu’ils comportent, les bordereaux mensuels qui lui sont adressés.



AG2R LA MONDIALE

A défaut du paiement des cotisations par un Adhérent dans le mois qui suit leur échéance, l'Assureur peut appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'Adhérent, et poursuivre en justice le paiement des cotisations sous réserve d'en informer la Commission Paritaire de Pilotage ou de renonciation à la recommandation par l'assureur.

6.2 – Cotisations non précomptées par l'Adhérent des Assurés couverts à titre facultatif

Les cotisations relatives à la couverture des Assurés couverts à titre facultatif tels que définis à l'article 4.4 alinéa 2 (les Salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ont demandé à bénéficier d'un maintien pour eux-mêmes et leurs ayants droit le cas échéant) sont appelées par l'Assureur directement auprès de l'Assuré concerné ou de son représentant légal.

Elles sont payables mensuellement et dues le premier jour du mois auquel elles se rapportent. Elles sont payées directement par chaque Assuré à titre facultatif ou leur représentant légal qui est seul responsable du versement des cotisations.

A défaut du paiement des cotisations par un Assuré à titre facultatif, dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues, quarante jours après l'envoi par l'Assureur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Elle informe l'Assuré couvert à titre facultatif qu'à l'expiration du délai de quarante jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion.

ARTICLE 7 : REMBOURSEMENTS

7.1 - Demande de remboursement

Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance, être transmises par l'intéressé dans les deux ans qui suivent le paiement effectué par le Régime Obligatoire ou la date des soins si le remboursement concerne une prestation non remboursée par le Régime Obligatoire mais donnant droit à un remboursement au titre des présentes conditions générales.

7.2 -Tiers payant

Lorsque l'Assuré est adhérent au régime, il lui est remis une carte de tiers payant permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé. Cette carte de tiers payant reste la propriété de l'Assureur.

L'Adhérent s'engage, si la carte de tiers payant est en cours de validité, à la récupérer auprès du Salarié à la date à laquelle ce dernier cesse d'être garanti et à en assurer la restitution à l'Assureur dans le délai de quinze jours suivant le départ du Salarié ou suivant la démission du régime de la part de l'Adhérent ou la résiliation du contrat. L'Assuré restituera les sommes payées par l'Assureur, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas restitué la carte de tiers payant à l'Adhérent à la date à laquelle il cesse d'être garanti.



AG2R LA MONDIALE

7.3 - Subrogation

Lorsque le Salarié ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'Assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

7.4 - Informatique et libertés

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

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

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

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

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

ARTICLE 8 : NOTICE D'INFORMATION

L'Assureur établit la notice d'information qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de dépenses de santé.

La notice sera adressée à chaque Adhérent dès la signature du bulletin d'adhésion et lors de chaque modification de la notice d'information.



AG2R LA MONDIALE

L'Adhérent est légalement tenu :

- de remettre aux Salariés la notice d'information établie par l'Assureur ;
- d'informer par écrit les Salariés des modifications qu'il est prévu le cas échéant d'apporter à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice d'information au Salarié et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

L'Assureur s'engage à remettre la notice d'information à chaque adhérent à titre facultatif lors de son adhésion et à le tenir informé des modifications contractuelles éventuelles.

ARTICLE 9 : RECOURS

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

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R REUNICA PREVOYANCE – Direction de la Qualité – 104-110 boulevard Haussmann 75 379 PARIS Cedex 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola- Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9.

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

ARTICLE 10 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant des présentes conditions générales se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance.

Quand l'action du salarié ou de ses ayants droit contre l'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 le salarié 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 le bénéficiaire ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite 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 au souscripteur



AG2R LA MONDIALE

ou au salarié ou l'ayant droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le salarié ou l'ayant droit à l'assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 11 : REVISION

La définition des garanties, leur tarification et les règles d'application des présentes conditions générales sont fixées conformément à la réglementation en vigueur et aux dispositions de l'accord collectif conclu le 12 août 2008 tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 28 juin 2016. Elles prennent en compte les taux et bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

Si ces éléments venaient à être modifiés, notamment en cours d'année, les présentes conditions générales pourront être révisées à la demande de l'Assureur, sur décision de la Commission Paritaire de Pilotage.

Tant qu'un accord n'est pas intervenu, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues sur les bases en vigueur avant les dites modifications.

ARTICLE 12 : ASSURANCE INDIVIDUELLE APRES RESILIATION DES CONDITIONS GENERALES OU DU BULLETIN D'ADHESION

Une assurance individuelle peut être souscrite en s'adressant à l'Assureur dans les deux mois qui suivent la résiliation des conditions générales ou du bulletin d'adhésion lorsque ces derniers ne sont pas remplacés par des dispositions de même nature, par tout Salarié dont le contrat de travail est en vigueur et tout Assuré couvert à titre facultatif.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des garanties est au plus équivalent à celui des présentes conditions générales.

ARTICLE 13 : CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.



TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 14 : DROIT AUX PRESTATIONS

Sauf exceptions expressément prévues au titre III, la couverture mise en œuvre par les présentes conditions générales n'intervient qu'en complément des remboursements de prestations en nature effectués par un Régime Obligatoire de base d'Assurance Maladie, d'Assurance Maternité ou d'Accident du travail (ci-après Régime Obligatoire).

Les remboursements sont effectués selon les modalités suivantes :

- soit, sur la base des remboursements effectués par le Régime Obligatoire (RSS) ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) ;
- soit, sur la base de remboursement utilisée par le Régime Obligatoire (BR) ;
- soit, sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros ;
- soit, sur la base du ticket modérateur (TM);
- ou encore selon des remboursements forfaitaires, le cas échéant soumis à une périodicité indiquée au tableau de prestations.

Les remboursements effectués au titre de l'article 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont pris en considération au même titre que ceux effectués par tout autre Régime Obligatoire.

Donnent droit à remboursement, les frais engagés par le Salarié et tout ayant droit qu'il soit couvert par la cotisation obligatoire au titre des ayants droit à charge ou adhérent à titre facultatif, postérieurement à la date de leur inscription au régime.

L'Assureur rembourse selon les modalités fixées au Titre III ci-après. En cas de radiation de l'intéressé, les frais engagés postérieurement à la date de radiation ne sont pas pris en considération par l'Assureur.

Plus généralement, l'Assureur ne rembourse pas les frais engagés et déboursés antérieurement à la date d'effet de l'Adhésion ou postérieurement à la date de suspension ou de résiliation de l'Adhésion du Salarié ou de l'Assuré à titre facultatif.

La date retenue concernant la date des soins est celle utilisée par le Régime Obligatoire pour procéder au remboursement de la part obligatoire, à défaut c'est la date mentionnée sur la facture.

L'Assureur est tenu de respecter les délais de remboursement définis par le Règlement du Régime frais de santé solidaire.

ARTICLE 15 : CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations garanties au présent régime sont conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application, notamment l'article R. 871-2 issu du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.



AG2R LA MONDIALE

En conséquence, le présent régime frais de santé solidaire prend en charge les niveaux minimaux de remboursements suivants :

- ✓ l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie obligatoire y compris celles liées à la prévention, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ;
- ✓ l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- ✓ les dépassements d'honoraires, prévus par la garantie, des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré auxdits dispositifs minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement ;
- ✓ les équipements d'optique médicale (verres et monture), dans le respect des périodes définies pour leur renouvellement ainsi que les minima et maxima énoncés à l'article R871-2 3 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

Le mécanisme du tiers payant est mis en œuvre pour les garanties du contrat au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Toutefois, le présent régime ne prend pas en charge :

- ✓ **la participation forfaitaire pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques ainsi que les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale) ;**
- ✓ **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation d'accès au dossier médical personnel (article L.1111-15 du code de santé publique);**
- ✓ **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur. Ainsi, toute contribution forfaitaire, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par les dispositions régissant les contrats responsables, ne sera pas remboursée au titre du présent régime. De même, toute nouvelle obligation de prise en charge sera intégrée au régime.



ARTICLE 16 : LIMITATION AUX FRAIS REELS

Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n°90-769 du 30 Août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'intéressé peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé aux conditions générales.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à la charge de l'intéressé est déterminée par l'Assureur, acte par acte.

L'Assureur se réserve la faculté de demander la justification de ces frais. Il peut également demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre Régime Frais de Santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

ARTICLE 17 : DEFINITION DE CERTAINS POSTES

17.1 - Hospitalisation

La garantie des frais d'hospitalisation porte sur :

- les frais d'hospitalisation chirurgicale exposés en clinique ou à l'hôpital (service chirurgie) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire ;
- les frais d'hospitalisation médicale en cas de séjour en clinique ou à l'hôpital (service médecine) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire ;
- et de façon générale, les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.

Les remboursements de l'Assureur sont effectués selon les taux et dans les limites données au titre III.

Tous suppléments, tels que suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde etc., ne donnent pas lieu à remboursement, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le lit d'accompagnant concerne les enfants jusqu'à la veille de leur seizième anniversaire. Il est remboursé selon les modalités visées au Titre III.



AG2R LA MONDIALE

17.2 - Actes techniques

Entrent dans cette rubrique :

- ✓ les actes techniques et de chirurgie (y compris petite chirurgie et actes de spécialité) qu'ils soient effectués lors d'une hospitalisation, en ambulatoire ou au cabinet d'un professionnel de santé, sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ les actes techniques et radiologies dentaires remboursés par le Régime Obligatoire selon le niveau visé au poste « soins dentaires ».

17.3 - Dentaire

17.3.1 – Prothèses dentaires

L'Assureur verse un complément aux remboursements du Régime Obligatoire dans la limite d'un plafond fixé au Titre III.

L'intéressé ne pourra être remboursé que s'il joint à sa demande de remboursement les décomptes de prestations du Régime Obligatoire, ainsi qu'une facture détaillée et acquittée du dentiste précisant la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées et le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires remboursées, notamment les couronnes, inlays-core, inlays-core à clavette, bridges et appareils dentaires référencés dans la CCAM dentaire.

La prestation complémentaire est versée sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite du montant garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée.

Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires non remboursées, notamment les couronnes, inlays-core, inlays-core à clavette, bridges et appareils dentaires référencés dans la CCAM dentaire et ne faisant pas l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Le régime complémentaire interviendra sur la base d'un remboursement d'une prothèse dentaire selon les modalités précisées dans le tableau de garanties.

Les modifications issues de la mise en place de la CCAM dentaire introduisent un nouveau devis type conventionnel.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre à son patient le devis détaillé du traitement envisagé, (n° de dent, matériau utilisé, montant de s honoraires) complété obligatoirement des codes CCAM dentaire correspondant aux actes remboursés et non remboursés ainsi que les dépassements d'honoraires.

De même la note d'honoraires établie par le praticien, après réalisation des soins, devra comporter ces mêmes informations.



17.3.2 – Orthodontie

Pour le remboursement des actes d'orthodontie non acceptés par la Sécurité sociale, la base de remboursement est reconstituée conformément à celle qui aurait été retenue pour des actes acceptés.

17.4 - Optique

La limitation en termes d'équipement vise la paire de lunettes, soit une monture et deux verres tous les deux ans.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Pour les assurés ayant un déficit de vision de loin et de près et n'optant pas pour des verres progressifs ou multifocaux, il est possible de prendre en charge deux équipements sur la période de deux ans de référence, corrigeant chacun un des deux déficits, **la précision étant que les règles de couverture (plancher, plafond, délai de renouvellement) s'appliquent individuellement à chaque équipement.**

Par dérogation, la période de deux ans est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La facture détaillée acquittée de la monture et des verres ainsi que la prescription médicale peuvent être demandées à des fins de contrôle.

En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans, (équipement par période d'un an) l'intéressé devra fournir :

- la facture détaillée et prescriptions médicales (initiale et actuelle), attestant le changement de correction.

En ce qui concerne les lentilles refusées, l'intéressé ne pourra être remboursé que s'il joint à sa demande, la prescription médicale et la facture détaillée acquittée.

Pour la chirurgie réfractive de l'œil, l'intéressé devra fournir la facture détaillée acquittée.

17.5 – Appareillage médicalement prescrit

Les appareillages médicalement prescrits sont pris en charge, dans la mesure où ils figurent sur la Liste des Produits et Prestations, et sur facture détaillée et acquittée.

Pour les appareillages prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est reconstituée conformément à celle qui aurait été retenue si l'appareillage avait été remboursé par la Sécurité sociale.



AG2R LA MONDIALE

S'agissant des appareils auditifs, la garantie du titre III entre en jeu si le Régime Obligatoire intervient pour l'une au moins des deux oreilles.

17.6 – Cures thermales

Ne bénéficient des garanties du titre III que les cures thermales faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Les limitations imposées par le Régime Obligatoire s'impose donc de fait aux garanties du titre III.

Le forfait Enfant accompagné concerne les enfants adhérents jusqu'à la veille de leur seizième anniversaire. Il est remboursé selon les modalités visées au Titre III si la cure a été médicalement prescrite.

L'intéressé ne pourra être remboursé que s'il joint à sa demande de remboursement :

- la prescription médicale et la facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal,
- les décomptes de prestations du Régime Obligatoire,
- la facture acquittée des frais d'hébergement et de transport remboursés ou non par la Sécurité sociale.

17.7 - Maternité

Les frais exposés au titre de la maternité et donnant lieu à l'intervention du Régime Obligatoire au titre de l'Assurance Maternité donnent lieu à l'intervention du Régime selon les mêmes modalités que pour les frais exposés au titre de la maladie ou de l'hospitalisation.

17.8 – Ostéopathie

L'Ostéopathie n'est pas remboursée par la Sécurité sociale. Le régime complémentaire intervient dans la limite d'un forfait défini au Titre III.

Cette prestation est versée sur présentation de :

- la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien ayant les diplômes requis, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins.

Le professionnel doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes). C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre d'ostéopathe.



AG2R LA MONDIALE

17.9 - Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Différents dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (contrat d'accès aux soins CAS et à compter du 1^{er} janvier 2017, option tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens) ont été créés par la convention nationale médicale, entre la Sécurité sociale, les syndicats de médecins libéraux et l'organisme représentant les « complémentaires santé ». En adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, les médecins prennent des engagements quant à leur pratique de dépassements d'honoraires, en contrepartie d'avantages pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs patients qui bénéficient dans ce cas d'un meilleur tarif de remboursement de l'Assurance maladie.



TITRE III - MONTANT DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS

ARTICLE 18 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des remboursements est fixé comme suit sous réserve des dispositions du titre II

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires (médecin adhérent au CAS)	250 % de la BR moins RSS
Honoraires (médecin non adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Séjours	250 % de la BR moins RSS
Forfait journalier ⁽¹⁾	100 % du tarif en vigueur
Chambre particulière (y compris ambulatoire) ⁽²⁾	50 € / jour
Lit accompagnant (jusqu'à la veille de son 16 ^{ème} anniversaire) ⁽¹⁾ (y compris maison d'accueil des familles)	30 € / jour
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 30 % (vignette bleue) et 65 % (vignette blanche) Pharmacie remboursée à 15 % (vignette orange)	100 % de la BR moins RSS Non prise en charge
Frais médicaux courants	
Consultation – visite généraliste (médecin adhérent au CAS)	140 % de la BR moins RSS
Consultation – visite généraliste (médecin non adhérent au CAS)	120 % de la BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste (médecin adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste (médecin non adhérent au CAS)	180 % de la BR moins RSS
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Analyses	100 % de la BR moins RSS
Autres frais médicaux courants (transports sanitaires)	100 % de la BR moins RSS
Forfait sur actes techniques d'un montant ≥ 120 €	18 €
Dentaire	
Soins	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques et radiologie	100 % de la BR moins RSS
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	450 % de la BR moins RSS
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	300 % de la BR reconstituée sur une BR à 107,50€
Orthodontie acceptée	300 % de la BR moins RSS
Orthodontie refusée	300 % de la BR moins RSS reconstituée
Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	650 € par implant
Parodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200 € par personne et par année civile ⁽⁴⁾
Optique - 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans ⁽³⁾	
Verre	Cf. grille
Monture	120 € par personne ⁽⁴⁾
Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale	215 € par personne et par année civile ⁽⁴⁾
Chirurgie laser	275 € par œil
Appareillage médicalement prescrit	
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	400 % de la BR moins RSS
Appareillage non remboursé par la Sécurité sociale	165 € par personne et par année civile
Appareil auditif (par oreille)	100 % du TM + 1 100 € par oreille
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale*	
Pour un adulte	100 % TM + 250 € par personne
Pour un enfant jusqu'à la veille de son 16 ^{ème} anniversaire	100% TM + 275 € par enfant accompagné
Contraception médicalement prescrite	220 € par année civile ⁽⁴⁾
Ostéopathie (dans la limite de 2 séances par personne et par année civile)	20 € par séance
Actions de prévention	
Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % du TM
Assistance Santé à domicile	
Pour toute demande d'assistance, composer le : 05 49 76 66 94	



BR : base de remboursement Sécurité sociale - RSS : remboursement Sécurité sociale - FR : frais réels - TM : ticket modérateur – CAS : contrat d'accès aux soins

⁽¹⁾ sans limitation de durée (pour le forfait journalier le montant est au 01/01/2016 de 18 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 euros par jour pour un séjour en psychiatrie).

⁽²⁾ Dans la limite de 90 jours par année civile

⁽³⁾ Pour les seuls bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement tous les 2 ans, sauf modification de la correction visuelle (période de 1 an). L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de celle de l'acquisition de l'équipement d'optique.

⁽⁴⁾ Fait générateur = date de soin ou à défaut date de facture.

* Cure thermique : y compris le transport et l'hébergement remboursés ou non par la Sécurité sociale

La garantie assistance mise en place pour 1 an (du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016) est reconduite pour l'exercice 2017 suite à la décision de la CPP du 30 novembre 2016. Elle fait l'objet d'un contrat conclu entre ADREA Mutuelle et IMA ASSURANCES.

Grille des garanties en matière d'optique

Les prestations définies ci-après s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats responsables » et de l'ensemble de ses textes d'application qui s'impose au régime frais de santé solidaire. Conformément aux dispositions prévues par ces textes, le remboursement du 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, sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, la période de 24 mois étant alors réduite à 12 mois.

pour les adultes (à partir du 18ème anniversaire)*					Monture	120 €
Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y c ompris TM)
Unifocaux	Sphérique	2203240 - 2287916	de -6 à +6	2,29 €	Verre simple	175 €
		2263459 - 2282793	de -6,25 à -10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2265330 - 2280660	de +6,25 à +10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2235776 - 2295896	< à -10 ou > à +10	7,62 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2226412 - 2259966	de -6 à +6	3,66 €	Verre simple	175 €
		2254868 - 2284527	< à -6 ou > à +6	6,86 €	Verre complexe	315 €
Cylindre > à 4	2212976 - 2252668	de -6 à +6	6,25 €	Verre complexe	315 €	
	2288519 - 2299523	< à -6 ou > à +6	9,45 €	Verre complexe	315 €	
Multifocaux	Sphérique	2290396 - 2291183	de -4 à +4	7,32 €	Verre complexe	315 €
		2245384 - 2295198	< à -4 ou > à +4	10,82 €	Verre très complexe	365 €
	Tout cylindre	2227038 - 2299180	de -8 à +8	10,37 €	Verre complexe	315 €
		2202239 - 2252042	< à -8 ou > à +8	24,54 €	Verre très complexe	365 €

pour les enfants (moins de 18 ans)					Monture	120 €
Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y c ompris TM)
Unifocaux	Sphérique	2242457 - 2261874	de -6 à +6	12,04 €	Verre simple	175 €
		2243540 - 2297441	de -6,25 à -10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2243304 - 2291088	de +6,25 à +10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2248320 - 2273854	< à -10 ou > à +10	44,97 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2200393 - 2270413	de -6 à +6	14,94 €	Verre simple	175 €
		2219381 - 2283953	< à -6 ou > à +6	36,28 €	Verre complexe	315 €
Cylindre > à 4	2238941 - 2268385	de -6 à +6	27,90 €	Verre complexe	315 €	
	2206800 - 2245036	< à -6 ou > à +6	46,50 €	Verre complexe	315 €	
Multifocaux	Sphérique	2264045 - 2259245	de -4 à +4	39,18 €	Verre complexe	315 €
		2202452 - 2238792	< à -4 ou > à +4	43,30 €	Verre très complexe	315 €
	Tout cylindre	2240671 - 2282221	de -8 à +8	43,60 €	Verre complexe	315 €
		2234239 - 2259660	< à -8 ou > à +8	66,62 €	Verre très complexe	315 €

TM : Ticket modérateur



AG2R LA MONDIALE

Les montants en euros sont indexés sur le plafond de la Sécurité sociale, sauf décision contraire de la Commission Paritaire de Pilotage.

Sont également remboursés dans la limite du forfait « VERRES » les suppléments d'optique (*tels que les prismes, les filtres..*) inscrits à la Liste des Produits et Spécialités remboursables (LPP) qui sont prescrits et facturés en plus **lors de l'achat de matériel d'optique médicale**.

ARTICLE 19 : MONTANT DES COTISATIONS OBLIGATOIRES

19.1 - Assiette et base des cotisations au Régime

Les cotisations relatives au Régime sont calculées, conformément aux dispositions de l'accord collectif du 12 août 2008 et de ses avenants 1 du 12 septembre 2008 et 2 du 8 juin 2009, sur le Régime de couverture des frais de santé des salariés :

19.1.1 - Assiette annuelle des cotisations

L'assiette des cotisations est constituée par le salaire annuel brut d'activité, y compris l'allocation vacances, la gratification annuelle, et tout autre élément de rémunération ayant le caractère de salaire soumis à cotisations sociales.

Les cotisations des salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui relèvent d'une adhésion obligatoire sont calculées à partir d'un salaire reconstitué, sur la base de la moyenne des salaires perçus sur l'année civile.

19.1.2 - Base annuelle des cotisations

La base de la cotisation afférente au Régime est :

- pour une part le plafond annuel du Régime Général de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur au cours de la même période et,
- pour une part, l'assiette des cotisations définie ci-dessus en fonction de la rémunération du Salarié, limité au plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période (salaire TA*).

*Tranche A : fraction du salaire annuel limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

19.2 - Taux de cotisation au 01/01/2017

- Les cotisations afférentes au Régime pour les Assurés couverts à titre obligatoire sont fixées à :



Catégorie actif

Régime général

En % du PASS	HT	TSA	TTC
Isolé	0,579%	0,077%	0,656%
Famille	1,158%	0,154%	1,312%

En % du salaire TA	HT	TSA	TTC
Isolé	1,396%	0,186%	1,582%
Famille	2,793%	0,371%	3,164%

Régime Alsace-Moselle

En % du PASS	HT	TSA	TTC
Isolé	0,350%	0,046%	0,396%
Famille	0,699%	0,093%	0,792%

En % du salaire TA	HT	TSA	TTC
Isolé	0,837%	0,111%	0,948%
Famille	1,674%	0,222%	1,896%

- Les cotisations des Salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui relèvent d'une adhésion facultative au sens des dispositions prévues à l'article 4.4 (pour eux-mêmes et leurs éventuels ayants droit), sont fixées comme suit :

Catégorie suspension du contrat de travail

Actif régime général

En % du PASS	HT	TSA	TTC
Isolé	1,751%	0,233%	1,984%
Famille	3,503%	0,465%	3,968%



Actif régime Alsace-Moselle

En % du PASS	HT	TSA	TTC
Isolé	1,050%	0,140%	1,190%
Famille	2,101%	0,279%	2,380%

L'assiette ci-dessus est minorée de 25% pour les invalides dont le contrat de travail est suspendu.

L'instauration de l'assujettissement à la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) de 13,27%, impliquent une expression des cotisations d'une part en hors taxes et d'autre part, en TTC.

Les majorations et éléments de salaire spécifiques aux salariés travaillant dans les organismes des départements d'outre-mer ne doivent pas avoir pour effet de majorer le montant de la cotisation.

Toute évolution ultérieure de cette taxe sera répercutée sur le taux de cotisation sur décision expresse de la Commission Paritaire de Pilotage.

ARTICLE 20 : MONTANT DES COTISATIONS FACULTATIVES

20.1 - Base des cotisations des Assurés couverts à titre facultatif

La base de la cotisation afférente au Régime pour les Assurés couverts à titre facultatif est le plafond annuel du Régime Général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

20.2 - Taux des cotisations des Assurés couverts à titre facultatif au 01/01/2017

Les cotisations afférentes au Régime pour les Assurés couverts à titre facultatif sont fixées à :

En % du PMSS	HT	TSA	TTC
Régime général	1,711%	0,227%	1,938%
Régime Alsace Moselle	1,024%	0,136%	1,160%

L'instauration de l'assujettissement à la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) de 13,27%, impliquent une expression des cotisations d'une part en hors taxes et d'autre part, en TTC.



AG2R LA MONDIALE

Toute évolution ultérieure de cette taxe sera répercutée sur le taux de cotisation sur décision expresse de la Commission Paritaire de Pilotage.

ARTICLE 21 : GESTION DU REGIME

L'Assureur établit un compte de résultat propre au régime relatif aux adhésions à titre obligatoires et facultatives, y compris lorsque l'adhésion est maintenue à titre obligatoire (article 4.6 a), mais à l'exclusion des adhésions strictement individuelles visées à l'article 4.6 b) qui seront réalisées au titre des conditions générales du régime des anciens salariés.

L'Assureur s'engage à consolider ledit compte de résultat avec les comptes de résultats établis par la totalité des assureurs du régime des Salariés, dans le respect des conditions de mutualisation du régime issu de l'accord du 12 août 2008, et à participer à l'équilibre technique de la mutualisation selon les mécanismes validées par la Commission Paritaire de Pilotage.

ARTICLE 22 : HAUT DEGRE DE SOLIDARITE

Il est institué un fonds de solidarité des régimes des salariés et des anciens salariés destiné au financement des actions relevant du haut degré de solidarité.

La Commission Paritaire de Pilotage a pour mission de définir les actions relevant du haut degré de solidarité, conformément à l'article 16 de l'avenant du 28 juin 2016 à l'accord collectif.