



NOTICE D'INFORMATION

# FRAIS DE SANTÉ

## Ensemble du personnel

à compter du  
1<sup>ER</sup> JANVIER 2018



AG2R LA MONDIALE

# SOMMAIRE

<i>LEXIQUE</i>	<i>5</i>
<i>VOS RÉGIMES DE BASE ET OPTIONNEL</i>	<i>6</i>
<i>RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (BASE 1/2)</i>	<i>6</i>
<i>RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (OPTIONNEL 1/2)</i>	<i>7</i>
<i>RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (BASE 2/2)</i>	<i>8</i>
<i>RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (OPTIONNEL 2/2)</i>	<i>9</i>
<i>GRILLE OPTIQUE</i>	<i>10</i>
<i>ACTES DE PRÉVENTION</i>	<i>12</i>
<i>EXEMPLES</i>	<i>13</i>
<i>DISPOSITIFS COMMUNS AUX RÉGIMES BASE ET OPTIONNEL</i>	<i>14</i>
<i>QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?</i>	<i>14</i>
<i>QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?</i>	<i>14</i>
<i>QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?</i>	<i>14</i>
<i>CHOIX DU RÉGIME DE GARANTIE ET CONDITIONS D'ADHÉSION</i>	<i>15</i>
<i>CHANGEMENT DE RÉGIME DE GARANTIE</i>	<i>15</i>
<i>QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?</i>	<i>15</i>
<i>QUAND CESSE-T-ELLE ?</i>	<i>15</i>
<i>COTISATION</i>	<i>16</i>
<i>PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?</i>	<i>16</i>

<i>EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE</i>	<i>19</i>
<i>PLAFOND DES REMBOURSEMENTS</i>	<i>21</i>
<i>PRESCRIPTION</i>	<i>21</i>
<i>RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES</i>	<i>22</i>
<i>RÉCLAMATIONS - MÉDIATION</i>	<i>22</i>
<i>PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL</i>	<i>22</i>
<i>AUTORITÉ DE CONTRÔLE</i>	<i>24</i>
<u><i>MODALITÉS DE GESTION</i></u>	<u><i>25</i></u>
<i>COMMENT VOUS AFFILIER ?</i>	<i>25</i>
<i>COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?</i>	<i>27</i>
<i>TIERS PAYANT</i>	<i>30</i>
<i>ACCORDS DE PRISE EN CHARGE</i>	<i>30</i>
<i>QUELQUES INFORMATIONS UTILES</i>	<i>32</i>
<i>POUR TOUT RENSEIGNEMENT</i>	<i>33</i>
<u><i>MES SERVICES</i></u>	<u><i>34</i></u>
<i>DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ »</i>	<i>34</i>
<i>L'APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ » EN DÉTAIL</i>	<i>34</i>
<i>DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « SERVICE CLIENT »</i>	<i>35</i>

# PRÉSENTATION

**L'**accord d'entreprise signé par les organisations syndicales (CFDT, CFTC, CGT, UNSA) et la direction d'EURO DISNEY a mis en place un système de garanties collectives FRAIS DE SANTÉ, au profit de :

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

**Deux possibilités** sont offertes :

- ✦ le régime collectif d'EURO DISNEY, commun à tous les salariés cadres et non cadres, dit **RÉGIME DE BASE** ;
- ✦ le régime facultatif à garanties plus élevées, dit **RÉGIME OPTIONNEL**.

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

Cette notice s'applique à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2018**.

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

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

## LEXIQUE

### *Base de remboursement (BR)*

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

### *Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (D.P.T.M.)*

Dispositif mis en place par convention entre l'Assurance maladie et certains praticiens, ayant pour objectif un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ces praticiens peuvent adhérer à un des D.P.T.M. suivants :

- OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée ;
- OPTAM-CO : option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens.

### *Frais réels (FR)*

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

### *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune des actes médicaux (CCAM)*

Liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.

### *Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)*

Soit 3 311 € au 1<sup>er</sup> 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](http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale.php)).

### *Ticket modérateur (TM)*

Différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

## VOS RÉGIMES DE BASE ET OPTIONNEL

### RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (BASE 1/2)

Les prestations s'entendent **en complément** de la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées en pourcentage des frais réels s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale.

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE <sup>(1)</sup>	
	CONVENTIONNÉE / NON CONVENTIONNÉE	
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ</b>		
Frais de séjour	200 % de la BR	
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 180 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 100 % de la BR	
Chambre particulière	50 € par jour	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans <sup>(2)</sup>	35 € par jour	Néant
<b>TRANSPORT REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Transport y compris urgence	100 % des FR	
<b>ACTES MÉDICAUX</b>		
Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 70 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 50 % de la BR	
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 170 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 100 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 70 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 50 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 90 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 70 % de la BR	
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % de la BR	
<b>PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Pharmacie	100 % du TM	
<b>APPAREILLAGE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Prothèses auditives	500 % de la BR	
Prothèses capillaires	300 % de la BR	
Orthopédie et autres prothèses	100 % de la BR	

## RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (OPTIONNEL 1/2)

Les prestations s'entendent **en complément** de la part Sécurité sociale et **y compris le régime de base**. Les prestations exprimées en pourcentage des frais réels s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale.

POSTES	PRESTATIONS AG2R REUNICA PREVOYANCE <sup>(1)</sup>	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ</b>		
Frais de séjour	100 % des FR limité à 400 % de la BR	90 % des FR limité à 400 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % des FR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 100 % de la BR	
Chambre particulière	200 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans <sup>(2)</sup>	35 € par jour	
<b>TRANSPORT REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Transport y compris urgence	100 % des FR	
<b>ACTES MÉDICAUX</b>		
Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 370 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 100 % de la BR	
Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 370 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 100 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 370 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	TM + 370 % de la BR	
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	TM + 100 % de la BR	
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % des FR	90 % des FR limité à 400 % de la BR
<b>PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Pharmacie	100 % du TM	
<b>PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Sevrage tabagique	Crédit de 50 € par année civile	
<b>APPAREILLAGE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Prothèses auditives	100 % des FR	
Prothèses capillaires	100 % des FR	90 % des FR limité à 200 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % des FR	90 % des FR limité à 200 % de la BR

## RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (BASE 2/2)

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE <sup>(1)</sup>	
	CONVENTIONNÉE / NON CONVENTIONNÉE	
<b>DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Soins dentaires		TM + 120 % de la BR
Inlay simple, onlay		TM + 215 % de la BR
Prothèses dentaires		TM + 290 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes		TM + 290 % de la BR
Orthodontie		95 % de la BR
<b>DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Parodontologie, curetage sous-gingival, radio et autre acte non remboursé Sécurité sociale		Crédit de 100 € par année civile
Prothèses dentaires <sup>(3)</sup>		320 % de la BR
<b>OPTIQUE: LE REMBOURSEMENT COUVRE LES FRAIS ENGAGÉS PAR PÉRIODE DE PRISE EN CHARGE DE 2 ANS POUR UN ÉQUIPEMENT OPTIQUE COMPOSÉ DE DEUX VERRES ET D'UNE MONTURE. CETTE PÉRIODE EST RÉDUITE À 1 AN POUR LES MINEURS OU EN CAS DE RENOUVELLEMENT DE L'ÉQUIPEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE <sup>(4)</sup></b>		
Monture adulte		100 €
Monture enfant de moins de 18 ans		80 €
Verres (la paire)		Voir « GRILLE OPTIQUE », page 10
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale		100 % du TM + crédit de 105 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables		Crédit de 105 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Crédit de 350 € par oeil et année civile
<b>MATERNITÉ / ADOPTION</b>		
Par enfant déclaré		Forfait de 10 % du PMSS (soit 331,10 € au 01/01/2018)
<b>CONSULTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, sophrologues <sup>(5)</sup>		40 € par séance limité à 3 séances par année civile
<b>ACTES DE PRÉVENTION</b>		
Voir détail page 12		100 % du TM

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

(2) Sur présentation d'un justificatif.

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

(4) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

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



## RÉSUMÉ DE LA GARANTIE (OPTIONNEL 2/2)

POSTES	PRESTATIONS AG2R REUNICA PREVOYANCE <sup>(1)</sup>	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
<b>DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Soins dentaires		TM + 170 % de la BR
Inlay simple, onlay		TM + 315 % de la BR
Prothèses dentaires		TM + 315 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes		TM + 315 % de la BR
Orthodontie		350 % de la BR
<b>DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Parodontologie, curetage sous-gingival, radio et autre acte non remboursé Sécurité sociale		Crédit de 120 € par année civile
Prothèses dentaires <sup>(3)</sup>		345 % de la BR
Implants dentaires <sup>(4)</sup>		Crédit de 345 € par année civile
<b>OPTIQUE: LE REMBOURSEMENT COUVRE LES FRAIS ENGAGÉS PAR PÉRIODE DE PRISE EN CHARGE DE 2 ANS POUR UN ÉQUIPEMENT OPTIQUE COMPOSÉ DE DEUX VERRES ET D'UNE MONTURE. CETTE PÉRIODE EST RÉDUITE À 1 AN POUR LES MINEURS OU EN CAS DE RENOUELEMENT DE L'ÉQUIPEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE <sup>(5)</sup></b>		
Monture adulte		120 €
Monture enfant de moins de 18 ans		100 €
Verres (la paire)		Voir « GRILLE OPTIQUE », page 10
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale		100 % du TM + crédit de 105 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables		Crédit de 140 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Crédit de 1000 € par œil et année civile
<b>CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Frais de voyage et hébergement		10 % du PMSS (soit 331,10 € au 01/01/2018)
<b>MATERNITÉ / ADOPTION</b>		
Par enfant déclaré		Forfait de 20 % du PMSS (soit 662,20 € au 01/01/2018)
<b>CONSULTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, sophrologues <sup>(6)</sup>		40 € par séance limité à 3 séances par année civile
<b>ACTES DE PRÉVENTION</b>		
Voir détail page 12		100 % du TM

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

(2) Sur présentation d'un justificatif.

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

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

(5) Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

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

## GRILLE OPTIQUE

### Adultes (âgés de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHERE	R <sup>1</sup> PAR VERRE (1)
2203240: verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	100 €
2287916: verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	100 €
2280660: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
2282793: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
2263459: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
2265330: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
2235776: verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	150 €
2295896: verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	150 €
2259966: verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -4 à +4	100 €
2226412: verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -4 à -6 et de +4 à +6	115 € (2)
2284527: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	130 €
2254868: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	130 €
2212976: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
2252668: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	150 €
2288519: verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	170 €
2299523: verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	170 €
2290396: verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	150 €
2291183: verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	150 €
2245384: verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	250 €
2295198: verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	250 €
2227038: verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	150 €
2299180: verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	150 €
2202239: verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	250 €
2252042: verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	250 €

(1) En complément du remboursement Sécurité sociale.

(2) Remboursement automatique par télétransmission de 100€ + remboursement complémentaire de 15€ sur présentation de la facture de l'opticien et de la prescription de l'ophtalmologue.

## Enfants (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCALX / MULTIFOCALX	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R <sup>1</sup> PAR VERRE (1)
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	55 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	55 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	90 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	55 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	55 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	70 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	70 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	90 €
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	140 €
2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	140 €
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	140 €
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	140 €
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	140 €
2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	140 €
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	140 €
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	140 €

(1) En complément du remboursement Sécurité sociale.

## ACTES DE PRÉVENTION

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).
- Premier bilan du langage oral ou écrit, chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite b (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants:
  - audiométrie tonale ou vocale,
  - audiométrie tonale avec tympanométrie,
  - audiométrie vocale dans le bruit,
  - audiométrie tonale et vocale,
  - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans.
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées:
  - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
  - coqueluche : avant 14 ans,
  - hépatite B : avant 14 ans,
  - BCG : avant 6 ans,
  - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
  - haemophilus influenzae b, infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
  - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

## EXEMPLES

Législation en vigueur en **JANVIER 2018**.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS			RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R RÉUNICA	PRÉVOYANCE <sup>(1)</sup>	
<b>SPÉCIALISTE CONVENTIONNÉ <sup>(2)</sup></b>						
	50,00 €	30,00 €	20,00 € <sup>(3)</sup>	Régime de BASE	29,00 €	1,00 €
				Régime OPTIONNEL	29,00 €	1,00 €
<b>PROTHÈSE DENTAIRE REMBOURSÉE SÉCURITÉ SOCIALE</b>						
	550,00 €	107,50 €	75,25 €	Régime de BASE	344,00 €	130,75 €
				Régime OPTIONNEL	370,88 €	103,87 €
<b>OPTIQUE ADULTE</b>						
Monture	150,00 €	2,84 €	1,70 €	Régime de BASE	100,00 €	48,30 €
				Régime OPTIONNEL	120,00 €	28,30 €
Verres (la paire)	400,00 €	14,64 € <sup>(4)</sup>	8,78 €	Régime de BASE	300,00 €	91,22 €
				Régime OPTIONNEL	300,00 €	91,22 €

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

## DISPOSITIFS COMMUNS AUX RÉGIMES BASE ET OPTIONNEL

### QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

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

### QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale française au titre des **légalisations 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 « résumé de la garantie ».

#### *Maternité - adoption*

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

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

### QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

- **Vous-même**, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- **vous conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité ;
- **vos enfants à charge**, à savoir :
  - les **enfants de moins de 21 ans** à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
  - les **enfants de moins de 26 ans** à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
    - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
    - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
  - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les **enfants infirmes** à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

L'affiliation de votre concubin est

effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où vous êtes lié par un PACS avec votre concubin, une attestation de moins de 3 mois établissant votre engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance. Dans le cas où vous n'êtes pas lié à votre concubin par un PACS et qu'il n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

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

### **CHOIX DU RÉGIME DE GARANTIE ET CONDITIONS D'ADHÉSION**

Vous choisissez un régime de garantie lors de votre affiliation, ledit régime valant tant pour vous-même que pour vos ayants droit tels que définis au § « QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ? », page 14.

Tout nouvel embauché après le 1<sup>er</sup> janvier 2018, dispose de 3 mois à compter de la date de son embauche pour adhérer au « Régime OPTIONNEL ». L'adhésion à ce régime est rétroactive à la date d'embauche.

L'adhésion au « Régime OPTIONNEL » est souscrite jusqu'à la sortie définitive de l'entreprise, seul un cas de changement de situation familiale peut la modifier.

À défaut de choix exprimé par le salarié au moment de son affiliation, le « Régime de BASE » sera retenu.

### **CHANGEMENT DE RÉGIME DE GARANTIE**

Vous avez la faculté de demander un changement de régime en cas de changement de situation familiale ou de surendettement reconnu. Dans ce cas, le changement intervient au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de votre demande.

Un changement de situation familiale se définit par :

- un mariage ou signature d'un Pacte civil de solidarité (PACS) ou concubinage déclaré ;
- veuage ;
- un divorce ou une rupture de PACS ou de concubinage ;
- plus d'ayant droit à charge ;
- enfant entrant dans la vie active.

Tout changement de régime concernera l'ensemble des bénéficiaires.

### **QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?**

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2018 si vous êtes présent à l'effectif ;
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

### **QUAND CESSE-T-ELLE ?**

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de

travail ;

- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

La garantie peut être suspendue en cas de non-paiement des cotisations.

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

## NOTA

### CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

*Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de AG2R Réunica Prévoyance est un contrat collectif obligatoire; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation à la garantie à titre individuel et de son propre fait.*

## COTISATION

### Régime de base

La cotisation correspondante est répartie entre l'employeur et le salarié.

En cas d'arrêt de travail du salarié, la cotisation continue d'être précomptée.

### Régime optionnel

C'est une cotisation supplémentaire, elle est intégralement à la charge du salarié. Cette cotisation n'est pas déductible du revenu imposable du salarié.

## PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

### En cas de suspension du contrat de travail

#### Avec indemnisation

La garantie est maintenue, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En tout état de cause, le maintien de la garantie cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

#### Sans indemnisation

La garantie peut être maintenue au salarié dont le contrat de travail est suspendu **pour une période supérieure à un mois** et qui ne bénéficie pas d'un maintien de salaire partiel ou total de l'employeur, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Sont visés les cas de suspension suivants : congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à temps plein, congé de présence parentale à temps plein.

### La demande doit être effectuée dans le mois suivant la suspension du contrat de travail.

Le maintien prend effet au premier jour du mois suivant la suspension du contrat de travail et prend fin au dernier jour du mois de la fin du congé. La garantie cesse, en tout état de cause, à la date de la résiliation du contrat d'adhésion.

La cotisation est payable mensuellement à terme échu par prélèvement bancaire



effectué directement sur le compte du salarié.

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

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

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

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

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

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

prolongée d'autant.

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

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

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

### **Formalités de déclaration**

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

### **L'ancien salarié doit informer**

l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail du salarié :

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

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les

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

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

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

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

### *Païement des prestations*

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

### *En cas de cessation des garanties*

#### *Ayants droit de salarié décédé*

Peuvent bénéficier de la garantie du régime complémentaire pendant un an, les ayants droit d'un salarié décédé, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

La demande de maintien doit être effectuée dans les 6 mois suivant le décès.

#### *Anciens membres du personnel de l'entreprise bénéficiant d'une pension de retraite, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou d'un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité*

Peuvent bénéficier de la garantie du régime complémentaire les anciens membres du personnel bénéficiant d'une pension de retraite, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou d'un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité, qui s'affilient de manière facultative pour eux-mêmes et pour les ayants droit tels que définis au § « QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ? », page 14, sous réserve :

- d'être un ancien membre du personnel de l'entreprise, dont le contrat de travail avec ce dernier a été rompu postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion et de percevoir :
  - une pension de retraite,
  - ou une allocation de préretraite,
  - ou une rente d'incapacité ou d'invalidité,
  - ou un revenu de remplacement. Dans ce cas, la garantie vient en relais de celle versée au titre du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du

Code de la Sécurité sociale (article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

- et d'adresser la demande de maintien dans les 6 mois (de date à date) suivant la rupture du contrat de travail.

#### *Choix et changement du régime de garantie*

Les conditions sont celles des § «CHOIX DU RÉGIME DE GARANTIE et conditions d'adhésion », page 15 et « CHANGEMENT DE RÉGIME DE GARANTIE », page 15.

#### *Cessation de la garantie*

La garantie cesse :

- pour l'assuré et ses ayants droit, le dernier jour du mois au cours duquel il cesse de percevoir une allocation de préretraite, une rente d'incapacité, une rente d'invalidité ou un revenu de remplacement ;
- en cas de décès de l'assuré, au jour de son décès, et pour ses ayants droit, au dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu ;
- en cas de résiliation de l'assuré ; elle prend effet le dernier jour du mois au cours duquel la demande aura été exprimée. Toute résiliation est définitive.

En tout état de cause, la garantie prend fin, au plus tard, à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

#### *Cotisations*

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par prélèvement bancaire effectué directement sur le compte de l'assuré.

#### *Cessation des garanties collectives*

Vous avez la possibilité, ainsi que vos bénéficiaires, d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées par l'organisme assureur à votre intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent vous être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé.

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

#### **EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE**

Les exclusions et les limitations de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

#### *Exclusions*

Sauf indication contraire figurant au résumé de la garantie, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ;
- relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale;
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués;
- engagés hors de France (si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'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;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

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

**Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale :** lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'organisme assureur.

**Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux :** le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.

**Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles) :** le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

**Actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait :** à l'exception du forfait maternité, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

**Pharmacie :** pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire se fera également sur cette base.

**Maternité :** la garantie maternité n'intervient que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

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

#### **PLAFOND DES REMBOURSEMENTS**

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

**Actes effectués en secteur non**

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

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

#### **PRESCRIPTION**

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

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

### **RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES**

En cas de paiement de prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

### **RÉCLAMATIONS - MÉDIATION**

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

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

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

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

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

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

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

### **PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

#### **Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?**

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- 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 nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos 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 à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

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

Nous pouvons être amenés 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, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles 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 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 à 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@ag2rmondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rmondiale.fr).

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.

Nous apportons 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 notre politique de protection des données personnelles :

- [https://www.ag2ramondiale.fr/protection des données personnelles](https://www.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles)

### ***AUTORITÉ DE CONTRÔLE***

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).



## MODALITÉS DE GESTION

### COMMENT VOUS AFFILIER ?

En tant que **salarié cadre ou non cadre** (quel que soit le type du contrat de travail), votre affiliation au régime de base est obligatoire et automatique.

Pour vous affilier au **RÉGIME DE BASE** :

- remplissez le bulletin d'adhésion disponible sur l'intranet « THE HUB » et auprès de votre service Paie ;
- joignez, selon votre situation, les pièces justificatives indiquées ci-après dans le tableau.

Vous pouvez choisir le **RÉGIME OPTIONNEL** pour vous-même et votre famille (voir conditions page suivante). Votre demande d'affiliation doit être effectuée auprès de votre service « Après-Paie », avec le bordereau qui est fourni.

### ATTENTION

*Tous les bénéficiaires affiliés à la présente garantie doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement, de signaler à votre centre de gestion tout changement de situation familiale.*

**VOUS ÊTES  
CÉLIBATAIRE**

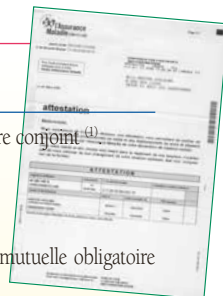
- ✦ Copie de l'attestation de votre carte Vitale.

**VOUS ÊTES MARIÉ**

- ✦ Copie de l'attestation de votre carte Vitale ainsi que celle de votre conjoint <sup>(1)</sup>
- ✦ Copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage.

**Si votre conjoint exerce une activité professionnelle :**

- ✦ copie de l'attestation de sa carte Vitale,
- ✦ attestation de son employeur, confirmant qu'il n'existe pas de mutuelle obligatoire au sein de votre entreprise.



**VOUS VIVEZ  
MARITALEMENT**

- ✦ Copie de votre attestation de la carte Vitale ainsi que celle de votre concubin <sup>(1)</sup>.
- ✦ Certificat de vie commune délivré par la mairie ou copie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou déclaration sur l'honneur accompagnée obligatoirement d'un justificatif de domicile.
- ✦ Pour les partenaires « pacésés », une attestation de moins de 3 mois du PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance.

**Si votre concubin ou partenaire exerce une activité professionnelle :**

- ✦ Copie de l'attestation de sa carte Vitale.
- ✦ Attestation de son employeur, confirmant qu'il n'existe pas de mutuelle obligatoire au sein de votre entreprise.

**Si votre conjoint (ou concubin ou partenaire) possède son propre numéro de Sécurité sociale, sans exercer d'activité professionnelle et se trouve dans l'une des situations suivantes :**

**VOUS ÊTES  
MARIÉ OU VIVEZ  
MARITALEMENT**

- ✦ chômage : attestation ou un document du Pôle Emploi,
- ✦ maladie : dernier décompte des indemnités journalières de la Sécurité sociale,
- ✦ ne travaille plus et n'est plus indemnisé : attestation fiscale ou copie du dernier avis d'imposition.

Et quelle que soit sa situation : copie de l'attestation de sa carte Vitale.

**ENFANT À CHARGE  
INSCRIT AU RÉGIME  
ÉTUDIANT**

- ✦ Copie de l'attestation papier de sa carte Vitale.
- ✦ Certificat de scolarité.
- ✦ Avis d'imposition.

<sup>(1)</sup> sauf si ce dernier est inscrit sur votre attestation carte Vitale.

## COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

### Télétransmission

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « 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.

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

## ATTENTION

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

### *Paiement des prestations*

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, 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 à votre espace client sur [www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr)

### *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 : notamment ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, acupuncteur, psychomotricien, étioopathe : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées (ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, psychomotricien).
- Actes de prévention non remboursés : sevrage tabagique, dépistage du cancer du côlon, médicament contre l'ostéoporose, automédication : facture acquittée, et prescription médicale (pour le sevrage tabagique).

- Vaccins : Facture acquittée, et copie de la prescription médicale (sauf vaccin contre la grippe).
- Moyens contraceptifs prescrits : facture acquittée.
- Appareil assistant d'écoute : facture acquittée

### *Autres frais*

Si votre garantie prévoit la prise en charge des frais suivants, adressez à l'organisme assureur les justificatifs correspondants :

- en cas de garantie maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département ;
- en cas de remboursement 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, ...).

Si votre garantie prévoit la prise en charge de frais médicaux non mentionnés dans la présente liste, adressez à l'organisme assureur la facture acquittée, et le cas échéant, la prescription médicale.

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.

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.

### **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 tiers payant en cours de validité dans un délai de 15 jours suivant votre départ ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.



**NOTA**

### **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 tiers payant; votre carte vous évite l'avance de frais. Dans le cas contraire, vous devez régler directement la part complémentaire au professionnel de santé, 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), le centre de gestion vous délivrera un accord de prise en

charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base de la garantie souscrite. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

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 :

- SUR PLACE : en présentant votre carte de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous ;
- OU PAR TÉLÉPHONE AU : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

### *En matière d'optique*

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

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

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



### **RÉSEAU ITELIS**

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

### *Devis dentaire*

#### *En cas de pose d'une prothèse dentaire*

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

## 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. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

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

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

Les professionnels de santé « non conventionnés » fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont

remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité » très inférieur à la base de remboursement.

### *Établissements de santé*

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

### *Médecin traitant et correspondant*

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

### *Parcours de soins coordonnés*

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



### *Médecins non conventionnés*

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

### *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 « [annuairesante.ameli.fr](http://annuairesante.ameli.fr) » pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO.

### *Participation forfaitaire / franchise*

#### *Participation forfaitaire d'un euro*

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

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même

bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

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

### *Franchise*

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

Son montant est de :

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

### *POUR TOUT RENSEIGNEMENT*

#### *Site internet*

[www.ag2ramondiale.fr](http://www.ag2ramondiale.fr) vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace clients ».

## MES SERVICES

### DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ »

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

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

**Affichez** votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

- [www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante/](http://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante/)



### L'APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ » EN DÉTAIL

#### Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

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

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

- [inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/](http://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/)

#### Les autres services santé

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- **Demander en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol) :** en cas de perte de votre carte de tiers payant, ou si vous souhaitez obtenir un duplicata de votre carte pour un membre de votre famille, vous pouvez effectuer une demande de réédition de votre carte depuis votre espace client

AG2R LA MONDIALE. Un service simple, gratuit et rapide!

- **Localiser un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant près de chez vous :** avec notre Groupe, vous bénéficiez d'avantages négociés auprès de nos opticiens et de nos audioprothésistes partenaires. Choisir AG2R LA MONDIALE, c'est choisir un groupe qui vous propose une gamme complète de services pour votre santé à des prix adaptés à votre budget.
- **Recevoir une alerte remboursement santé par e-mail :** avec le service de suivi des remboursements santé, recevez une alerte par e-mail lorsqu'un remboursement est effectué sur votre compte bancaire. Un service gratuit, disponible 7j/7, 24h/24.

### **DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « SERVICE CLIENT »**

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

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

- [www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/](http://www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/)



### **La Foire aux Questions (FAQ)**

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

### **Les numéros de service client**

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

### **La disponibilité du service client**

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

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

### **NOUVEAUTÉ : Faites-vous rappeler!**

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

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

- [inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/](http://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/)

Le **bureau**  
**AG2R LA MONDIALE**  
gestionnaire de vos  
**remboursements**

Bâtiment Baloo - BP 100  
77777 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 04

De 9h à 17h  
sans interruption du lundi au vendredi

**01 64 74 47 86**

[cg.disney@ag2rlamondiale.fr](mailto:cg.disney@ag2rlamondiale.fr)