



AG2R LA MONDIALE

Santé

LODI

Contrat n° 0QK3633M

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} octobre 2024

Ensemble du personnel

Sommaire

Présentation.....	3
Régimes frais de santé.....	4
Garanties	4
Objet des garanties	13
Actes et frais garantis	13
Bénéficiaires des garanties	13
Affiliation / changement de niveau de garanties	14
Début des garanties	14
Cessation des garanties	14
Maintien des garanties	14
Cotisations	16
Dispositions générales.....	17
Exclusions	17
Limites des garanties	18
Plafond des remboursements	18
Recours contre les tiers responsables	18
Prescription	19
Renseignements – réclamations – médiation	20
Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence	20
Protection des données à caractère personnel	21
Autorité de contrôle	23
La téléconsultation médicale.....	24
Un service innovant pour vos salariés	24
Comment cela se déroule?	24
Une réponse d'expert aux problèmes de santé	24
Sécurité et confidentialité	24
Réponses rapides des professionnels de santé	25
Modalités de gestion.....	26
Affiliation	26
Les remboursements	26
Échanges dématérialisés	28
Quelques informations utiles	29
Comment contacter le gestionnaire?	33

Présentation

L'entreprise adhérente a mis en place un régime de frais de santé au profit de :

— l'ensemble de son personnel.

Cette présente notice comprend :

— un régime **complémentaire obligatoire**, composé de 2 niveau(x) de garantie(s) au choix : Base, Base + Option 1 .

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

La notice d'information est réalisée pour aider le salarié (dénommé « le participant » dans la présente notice) à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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

Régimes frais de santé

Garanties

Le niveau des prestations défini ci-dessous pour le niveau de garantie Base s'entend **y compris** la part Sécurité sociale.
Le niveau des prestations défini ci-dessous pour le niveau de garantie optionnel s'entend **y compris** celles du niveau Base.
Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.
Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Chaque assuré affilié au contrat d'adhésion bénéficie de l'ensemble des garanties indiquées ci-dessous.

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

- OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

- OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FPU : Forfait patient urgence, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Base, Base + Option 1

HOSPITALISATION		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Base + Option 1
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	150 % de la BR	300 % de la BR
Forfait journalier hospitalier, Forfait patient urgences (FPU) et Forfait actes dits «lourds»	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	300 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	200 % de la BR
Chambre particulière	2 % du PMSS par jour	3 % du PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans	1 % du PMSS par jour	2 % du PMSS par jour

TRANSPORT		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Base + Option 1
Transport remboursé par la Sécurité sociale		
Transport	100 % de la BR	200 % de la BR
SOINS COURANTS		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Base + Option 1
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale		
Généralistes (Consultations et visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	180 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	180 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	180 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	180 % de la BR
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale		
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale Acupuncture, Chiropractie, Diététicien, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie, Podologie, Psychologue, Psychomotricité ⁽¹⁾	30 € par acte limité à un crédit de 180 € par année civile	50 € par acte limité à un crédit de 300 € par année civile
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	150 % de la BR	200 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	150 % de la BR	200 % de la BR
Forfait actes dits «lourds»		
Forfait actes dits «lourds»	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		
Médicaments	100 % de la BR	100 % de la BR

Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale		
Contraception prescrite ⁽²⁾	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 80 € par année civile
Pharmacie (hors médicaments) remboursée par la Sécurité sociale		
Pharmacie	100 % de la BR	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments) non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits ⁽³⁾	Crédit de 20 € par année civile	Crédit de 30 € par année civile
Sevrage tabagique	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 80 € par année civile
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	300 % de la BR	400 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS, ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

(2) Pilule et implant ; contraception d'urgence avec facture et sans prescription : pilule du lendemain.

(3) Antiamarile (fièvre jaune) / encéphalite à tiques / encéphalite japonaise / hépatite a / méningite à méningocoques (cérébro-spinale) / rage / typhoïde / médicaments de lutte contre le paludisme.

AIDES AUDITIVES		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Base + Option 1
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres⁽³⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100 % de la BR + 800 € par prothèse dans la limite du plafond réglementaire (1700 € au 01/01/2021)	100 % de la BR + 1200 € par prothèse dans la limite du plafond réglementaire (1700 € au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	100 % de la BR + 800 € par prothèse dans la limite du plafond réglementaire (1700 € au 01/01/2021)	100 % de la BR + 1200 € par prothèse dans la limite du plafond réglementaire (1700 € au 01/01/2021)
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale⁽⁴⁾		
Piles, et autres accessoires et consommables	100 % de la BR	100 % de la BR

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(3) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

DENTAIRE		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Base + Option 1
Soins et prothèses 100 % Santé⁽¹⁾		
Inlay core et autres soins prothétiques et prothèses dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des HLF	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des HLF
Prothèses		
Panier maîtrisé⁽²⁾		
Inlay, onlay	250 % de la BR dans la limite des HLF	450 % de la BR dans la limite des HLF
Inlay core	250 % de la BR dans la limite des HLF	450 % de la BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	250 % de la BR dans la limite des HLF	450 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre⁽³⁾		
Inlay, onlay	250 % de la BR	450 % de la BR
Inlay core	250 % de la BR	450 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	250 % de la BR	450 % de la BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
Orthodontie	200 % de la BR	400 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Implants dentaires ⁽⁴⁾	13 % du PMSS par implant limité à un crédit de 20 % du PMSS par année civile	26 % du PMSS par implant limité à un crédit de 40 % du PMSS par année civile
Parodontologie	Crédit de 5 % du PMSS par année civile	Crédit de 10 % du PMSS par année civile
Soins prothétiques et prothèses pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	300 € par dent limité à un crédit de 900 € par année civile	485 € par dent limité à un crédit de 1455 € par année civile

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(4) La garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier.

OPTIQUE		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Base + Option 1
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾		
Monture de Classe A ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres⁽³⁾		
Équipement de Classe B - Adulte et enfant de + de 16 ans ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Équipement de Classe B - Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de Classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR	100 % de la BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR	100 % de la BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux optique		
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)		
• Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 5 % du PMSS par année civile	100 % de la BR + crédit de 10 % du PMSS par année civile
• Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 5 % du PMSS par année civile	Crédit de 10 % du PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 5 % du PMSS par oeil par année civile	Crédit de 10 % du PMSS par oeil par année civile

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % santé, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

– Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

– Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

– Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

– une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

– du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;

– du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

Grille optique — Base

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement équipement monture + 2 verres (avec un maximum de 100€ pour la monture)	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	250 €	150 €
		SPH < - 6 ou > + 6	350 €	250 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL + 4	250 €	150 €
		SPH > 0 et S + 6	250 €	150 €
		SPH > 0 et S > + 6	350 €	250 €
		SPH < - 6 et CYL + 0,25	350 €	250 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	350 €	250 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	350 €	250 €
		SPH < - 4 ou > + 4	400 €	320 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL + 4	350 €	250 €
		SPH > 0 et S + 8	350 €	250 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	400 €	320 €
		SPH > 0 et S > + 8	400 €	320 €
		SPH < - 8 et CYL + 0,25	400 €	320 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Grille optique — Base + Option 1

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement équipement monture + 2 verres (avec un maximum de 100€ pour la monture)	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	420 €	290 €
		SPH < - 6 ou > + 6	570 €	380 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL + 4	420 €	290 €
		SPH > 0 et S + 6	420 €	290 €
		SPH > 0 et S > + 6	570 €	380 €
		SPH < - 6 et CYL + 0,25	570 €	380 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	570 €	380 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	570 €	380 €
		SPH < - 4 ou > + 4	700 €	480 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL + 4	570 €	380 €
		SPH > 0 et S + 8	570 €	380 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	700 €	480 €
		SPH > 0 et S > + 8	700 €	480 €
		SPH < - 8 et CYL + 0,25	700 €	480 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Base + Option 1
Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires, de voyage et hébergement		
• Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR	200 % de la BR
Maternité ou adoption		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (Garantie limitée à un paiement par enfant déclaré)	3 % du PMSS	6 % du PMSS
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale		
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR	100 % de la BR
Intégration de la téléconsultation⁽¹⁾	AXA Assistance	
Garantie assistance Puissance 4 Formule 1⁽²⁾- N° de convention 922658 Tél : 01 40 25 53 74 (depuis la France) ou +33 1 40 25 53 74 (depuis l'étranger)	Include	

(1) La téléconsultation médicale est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) et AXA Assurance. Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23

avril 2015.AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André Gide - 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.
(2) L'assistance Puissance 4 est assurée par MONDIAL ASSISTANCE et régie par ses propres conditions générales.

Objet des garanties

Le régime a pour objet de verser des prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Actes et frais garantis

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

Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au résumé des garanties). 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.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, sont bénéficiaires des garanties :

- le participant, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- et, par extension :
 - son conjoint,
 - à défaut, son concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou non avec le participant. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un PACS avec le participant, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance ou par le notaire ou par la mairie. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un PACS, 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).
 - les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - les enfants de moins de 18 ans à charge, au sens de la législation de la Sécurité sociale, du participant ou de son conjoint ou de son concubin et, par extension :
 - les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
 - les enfants de moins de 26 ans à charge fiscale du conjoint ou du concubin, au sens de la législation fiscale selon la définition ci-dessus ;
 - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - 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 le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable ;
 - toute autre personne à charge du participant, au sens de la législation fiscale.

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

Affiliation / changement de niveau de garanties

Choix du niveau de garanties

Lors de son affiliation, le participant peut choisir le niveau de garanties le mieux adapté à ses besoins, entre deux niveaux au choix.

À défaut de choix exprimé par le participant au moment de son affiliation, le niveau de garanties « Base » sera retenu.

Changement de niveau de garanties

Le changement de niveau à la hausse ou à la baisse ne peut intervenir qu'après au minimum deux années complètes d'affiliation au niveau de garanties en place. Toutefois, en cas de modification dans la situation familiale, cette condition n'est pas requise.

Dans tous les cas, le changement de niveau de garanties interviendra :

- soit au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que le participant en fasse la demande au moins deux mois avant par lettre recommandée avec avis de réception ;
- soit en cas de modification dans la situation familiale, sous réserve que le participant en fasse la demande dans les deux mois qui suivent le changement de situation. Dans ce cas, le changement de niveau de garanties interviendra au jour de l'événement.

Début des garanties

Pour le participant, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet du contrat d'adhésion pour les participants présents à l'effectif ;
- à la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Pour ses éventuels bénéficiaires, les garanties prennent effet :

- à la date de prise d'effet de ses garanties, si leur affiliation est concomitante ;
- à la date de leur demande d'affiliation, si celle-ci est postérieure à la date d'affiliation du participant.

Cessation des garanties

Pour tout participant et ses éventuels bénéficiaires, les garanties cessent :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations.

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

Contrat collectif obligatoire

Le contrat d'adhésion souscrit par l'entreprise auprès de AG2R Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun participant ne peut résilier son affiliation aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Le maintien des garanties tel qu'évoqué ci-dessus s'applique également le cas échéant aux ayants-droit du participant. Le participant dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime. En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

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

Les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'adhésion, bénéficient du maintien de ces garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime frais de santé ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- 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.

Les participants bénéficiant du dispositif de portabilité bénéficient des garanties en frais de santé du contrat d'adhésion applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des participants en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Durée/Limites

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant ne peut plus justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat collectif frais de santé.

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

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

Formalités de déclaration

L'employeur et/ou le participant doivent :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail du participant ;
- informer l'Institution 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 participant, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de Tiers Payant en cours de validité dans le cas où elles auraient été remises en format papier. Une nouvelle carte de Tiers Payant sera remise au participant pour la période de maintien des droits au titre de la portabilité.

Dès qu'il en a connaissance, le participant bénéficiant du dispositif de portabilité (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'Institution de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- l'impossibilité de justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- le décès du participant.

En cas de cessation des garanties collectives

Le participant et ses éventuels bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent leur être communiquées sur simple demande. Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du participant 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 des garanties au titre de la portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire ni exigé de formalités médicales.

Cotisations

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le participant selon les règles prévues par le régime. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

Dispositions générales

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

Exclusions

Sauf indication contraire figurant au résumé des garanties, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

- 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 participant est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'Institution sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties souscrites).

L'Institution ne prendra pas en charge les soins indemnisés au titre :

- de la législation sur les pensions militaires ;
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique ;
- des conséquences d'émeutes ou mouvements populaires à caractère violent dans lesquels les bénéficiaires ont pris une part active (sauf en cas de légitime défense, d'aide à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- des conséquences d'attentats ou d'actes de terrorisme dans lesquels les bénéficiaires sont impliqués en qualité d'auteur ou de complice ;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Limites des garanties

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

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

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

Actes ou postes de garanties 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 garanties concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'Institution.

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

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

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

Plafond des remboursements

La participation de l'Institution ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré 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 les présentes garanties.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'Institution à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'Institution est subrogée au participant 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.

Prescription

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'Institution à l'adhérent ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Institution, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Institution du droit de la garantie contestée ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

Renseignements – réclamations – médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au gestionnaire, dont les coordonnées figurent à la Notice d'information.

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser au gestionnaire, dont les coordonnées figurent à la Notice d'information.

Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

Le gestionnaire s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation. Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le gestionnaire, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :

— Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

— Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale
10 Rue Cambacérès
75008 Paris

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'Institution.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties, elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Institution, en sa qualité d'organisme financier, est assujettie au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

À ce titre, l'entreprise s'engage à remettre, dès l'entrée en relation d'affaires, à l'Institution ou à son courtier le cas échéant, l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'entreprise et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'entreprise ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux participants pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'Institution.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'Institution est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

L'Institution ne sera tenue d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligée de payer aucune somme au titre du contrat d'adhésion dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'Institution serait réglementairement tenue de se conformer.

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise déclare et garantit à l'Institution qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'Institution accessibles sur le site du Groupe AG2R LA MONDIALE ;
 - Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du contrat d'adhésion ;
 - La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quelle qu'en soit la forme ;
 - Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
 - Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'entreprise ou de ses dirigeants ;
 - Il fournit toute assistance nécessaire à l'Institution pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.
- Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'Institution, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'Institution utilise :

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

Base légale

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 aux clients au travers de :

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire 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.

Profilage et décision automatisée

L'Institution peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé 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. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine.

Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Caractère obligatoire de la fourniture des données et conséquences éventuelles de la non-fourniture de ces données

Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas à l'Institution de les mettre en œuvre.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'entreprise et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Durées de conservation

Les données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescriptions légales en vigueur. À l'issue de ces délais, ses données seront purgées.

Ainsi, les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire.

Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme de son contrat.

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

La liste de ces destinataires est à disposition à l'adresse suivante : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Éventuels transferts de données vers un pays hors de l'Union européenne

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Dans un tel cas, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union Européennes présente bien des garanties appropriées pour assurer une protection des données équivalentes à celle prévue au sein de l'Union Européenne.

Notamment, figurent parmi ces garanties, les clauses contractuelles types, qui sont des modèles de clauses adoptées par la Commission européennes ou par les autorités de contrôle.

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : «AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.»

Droits de la personne concernée et modalités d'exercice de ces droits

Le bénéficiaire peut demander l'accès aux données le concernant et leur rectification. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de son traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

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 : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.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.

L'Institution apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Autorité de contrôle

L'Institution est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

La téléconsultation médicale

Il est possible de profiter dès maintenant du nouveau service de téléconsultation médicale : il est inclus dans les services du régime frais de santé AG2R Prévoyance, c'est simple et sécurisé.

Un service innovant pour vos salariés

Un service simple à utiliser :

- Consultation par téléphone ou en Visio avec un médecin généraliste ;
- Pour tous les assurés y compris vos bénéficiaires : conjoint et enfants ;
- Quel que soit l'endroit où se trouve l'assuré, en France ou à l'étranger ;
- À tout moment 24h/24 et 7j/7 dès lors que vous ne pouvez pas joindre votre médecin traitant
- Vous pouvez également passer par le site BonjourDocteur : <https://www.bonjourdocteur.com>

Comment cela se déroule ?

- 1/ Accueil et orientation par un(e) infirmier(e) qui peut vous orienter vers les urgences le cas échéant ou une mise en relation avec le 15
 - 2/ Diagnostic médical par un médecin généraliste
 - 3/ Une recommandation du médecin est délivrée et
 - ne nécessite pas d'autres actions ;
 - un traitement en vente libre vous est conseillé ;
 - une prescription est nécessaire alors une ordonnance est transmise de façon sécurisée à la pharmacie choisie par le patient et vous devez aller récupérer vos médicaments ;
 - un examen physique s'impose : réorientation vers le médecin traitant ou un spécialiste (indication du délai et du type de spécialiste).
- Dans tous les cas, après la téléconsultation, envoi d'un rapport au médecin traitant, avec l'accord du patient.

Une réponse d'expert aux problèmes de santé

- 1/ Diagnostic : Évaluation lors du diagnostic à distance, des symptômes et du niveau de gravité.
- 2/ Expertise : Consultation médicale avec des médecins formés pour répondre aux appels des patients.
- 3/ Disponibilité : Un avis médical rapide quand les circonstances ne permettent pas de voir son médecin traitant.
- 4/ Suivi : Transmission d'un rapport au médecin traitant, qui reste au cœur de la relation.

Sécurité et confidentialité

Un service professionnel et encadré

Les consultations sont assurées par des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins et protégées par le secret professionnel.

Conforme aux recommandations de la CNIL

La Téléconsultation médicale respecte toutes les recommandations de la CNIL en matière de sécurisation des données (authentification, circulation et hébergement). Les données de santé à caractère personnel sont stockées en France chez un hébergeur agréé.

Conforme au décret relatif à la télémédecine

Conformément au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, la Téléconsultation médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

Réponses rapides des professionnels de santé

Une réponse rapide aux problèmes de santé

Lorsque l'on est confronté à une question médicale, on souhaite en général une réponse d'expert immédiatement. Mais ce n'est pas toujours facile quand on est en déplacement, en vacances ou que l'on ne réussit pas à joindre son médecin traitant.

Pour toutes ces situations, vous disposez avec votre complémentaire santé AG2R Prévoyance du service de Téléconsultation médicale. La Téléconsultation médicale est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André-Gide 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.

En France ou à l'étranger, 24h/24 et 7j/7, des professionnels de santé vous apportent une réponse aux questions médicales qui vous concernent.

Consultation avec un médecin généraliste par téléphone (sans surcoût) (+33) 1 55 92 14 64 ou par visioconférence si vous le souhaitez.

Modalités de gestion

Affiliation

Le participant remplit le bulletin d'affiliation qui a été mis à sa disposition et y joint :

- la photocopie de son attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire et de celles de ses bénéficiaires, en cours de validité ;
- un relevé d'identité bancaire pour le virement direct des prestations sur son compte bancaire.

Par ailleurs, il peut lui être demandé d'adresser, s'il y a lieu :

- un justificatif de la situation de concubinage : 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, quittance de loyer, facture d'électricité ou facture de téléphone fixe aux 2 noms, ...);
- pour les partenaires liés par un PACS non dissous, la copie de la convention établissant leur engagement dans les liens du PACS, ayant été délivrée par la mairie, le notaire ou le greffe du tribunal d'instance.

Afin de pouvoir être couverts par les garanties souscrites, tous les bénéficiaires doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. Tout changement ultérieur de situation familiale devra être signalé au gestionnaire.

Les remboursements

Télétransmission

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

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

- si la 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 le remboursement n'est pas parvenu normalement au participant, ou sur demande expresse du gestionnaire.

Si un (ou plusieurs) des bénéficiaires, 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 au gestionnaire l'original du décompte du gestionnaire 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 au gestionnaire les décomptes originaux des règlements de frais de santé effectués par ces régimes de base.

En cas d'engagement de dépenses pour frais d'optique, prothèses dentaires, appareillages ou autres prothèses, frais ayant entraîné des dépassements d'honoraires, il convient de vérifier que le montant des frais réels indiqué sur le décompte de l'assurance maladie obligatoire correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, il convient alors de transmettre au gestionnaire la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte de l'assurance maladie obligatoire.

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement sont adressées par le bénéficiaire au gestionnaire.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- les décomptes de règlement de la Sécurité sociale pour les actes remboursés par le régime obligatoire ;

- les décomptes de règlement de l'intervention d'un autre organisme complémentaire le cas échéant ;
- une attestation de radiation ou de non prise en charge pour les décomptes de règlement faisant référence à la télétransmission vers un autre organisme complémentaire que le gestionnaire.

Et dans tous les cas, tout justificatif ou facture permettant son traitement :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin ;
- en cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ;
- 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, et l'attestation de la Sécurité Sociale ;
- en cas de prise en charge de frais de prothèses dentaires, d'implantologie ou parodontologie, une facture détaillée précisant le numéro de chaque dent traitée ou remplacée, la nature détaillée des actes (codes actes CCAM) et les honoraires détaillés concernant chaque acte ;
- en cas d'hospitalisation, le bordereau de facturation acquitté (clinique) mentionnant la discipline médico tarifaire (Code DMT ou DCS), ou l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement (hôpitaux) ;
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Acupuncture / Ostéopathie / Chiropractie, la facture acquittée et datée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées ;
- en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie densitométrie osseuse, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- en cas d'une garantie avec grille optique spécifique basée sur une correction plus détaillée que les actes de regroupement du régime obligatoire : prescription des verre(s) et/ou monture ou facture détaillée mentionnant la correction ;
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par le gestionnaire auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...);
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Fécondation In Vitro/Péridurale, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie médicaments prescrits non remboursés, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- en cas de demande de remboursement du « Forfait cure » (frais de voyage et d'hébergement), le décompte de l'assurance maladie obligatoire sur lequel figure l'acte « Honoraires de surveillance thermale ».

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet de l'émetteur avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

Le gestionnaire peut conformément à la réglementation applicable, dans le cadre de ses prérogatives et finalités de traitement décrites, être amenée à demander au participant, à tout moment, les pièces justificatives suivantes :

- en cas de demande de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique comprenant une monture et/ou des verres avant le délai de droit commun prévu par le cahier des charges du contrat responsable :
 - la nouvelle prescription médicale (verres et/ou monture) ou la prescription médicale initiale (verres et/ou monture) comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue précisant la nouvelle correction,
 - la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
- la prescription médicale des lentilles de correction ;
- la photographie des emballages non ouverts de lentilles de correction ;
- la photocopie de la carte de vue délivrée par l'opticien.

En cas de détection d'une anomalie, le gestionnaire se réserve le droit de limiter le remboursement sur la base de l'équipement réellement délivré, non pas sur celui qui aura été facturé.

Paiement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur le compte bancaire du participant, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont les coordonnées bancaires ont été transmises au gestionnaire.

Le gestionnaire adresse au participant un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Il est également possible de connaître la nature et le montant des prestations versées en se connectant à son espace client.

Échanges dématérialisés

Définition

La dématérialisation des échanges entre le gestionnaire et le participant est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir de son espace client ;
- et/ou à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le participant (ou renseignée par le participant sur son espace client).

Il appartient au participant d'aviser immédiatement le gestionnaire de tout changement d'adresse électronique.

Mise en oeuvre et vérifications par l'organisme assureur

Lorsque le gestionnaire souhaite mettre en oeuvre le mode de communication indiqué ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du participant.

Le gestionnaire vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par le participant, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant au participant de se connecter à son espace client.

La vérification par le gestionnaire du caractère adapté s'effectue annuellement.

Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par le gestionnaire

Après les vérifications mentionnées ci-dessus, le gestionnaire peut mettre à disposition ou fournir au participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

Le participant déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par le gestionnaire sur support électronique sur le site internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par le gestionnaire.

Le participant pourra consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisés que ceux mis à disposition sur l'espace client du participant seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

Le participant peut à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué ci-dessus n'est pas adapté à la situation du participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par le gestionnaire sous format papier.

Droit d'opposition du participant

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, le participant a la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur son espace client, soit par courrier adressé au gestionnaire .

Tiers payant

Il est remis au participant 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 peut être remise de façon dématérialisée.

Pour bénéficier du tiers payant, il faut présenter la carte de tiers payant, et le cas échéant :

- l'attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire ;
- la prescription médicale.

La carte de tiers payant reste la propriété de l'Institution. Le participant s'engage en toute hypothèse à ne plus utiliser la carte de tiers payant, qu'elle ait été remise en format papier ou de façon dématérialisée, à compter de la date de cessation des garanties. Toute somme payée par l'Institution, relative à des soins postérieurs à la cessation des garanties, devra être restituée par le participant.

L'entreprise s'engage, si la carte de tiers payant est en cours de validité et qu'elle a fait l'objet d'une remise en format papier, à la récupérer auprès du participant et à en assurer la restitution à l'Institution dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part de l'entreprise ou la résiliation du contrat.

Pour la période de maintien des droits, une nouvelle carte de tiers payant sera délivrée.

En cas de cessation anticipée de la période de maintien des droits au titre de la portabilité, le participant bénéficiaire de la portabilité s'engage, si une carte de tiers payant a été remise au format papier, à la restituer à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant cette cessation anticipée.

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné (uniquement), le gestionnaire délivre un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, selon les garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

Pour cela, il suffit de présenter sa carte de tiers-payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche.

Il est également possible de demander la prise en charge directement au gestionnaire (voir ci-après, « Comment contacter le gestionnaire »).

En matière d'optique

L'opticien envoie un devis détaillé au gestionnaire. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention de l'organisme assureur.

Pour savoir si un opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné sur la carte de tiers payant, il suffit de contacter le gestionnaire (voir ci-après, « Comment contacter le gestionnaire »)

Il est également possible de reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

En cas de pose d'une prothèse dentaire

Afin de mieux connaître le montant des frais restant à charge, il est préférable de faire établir un devis par le chirurgien-dentiste. Ce dernier l'envoie au gestionnaire. En retour, il est notifié le montant de l'intervention complémentaire 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. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à la 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 Complémentaire santé solidaire.

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, il est possible de 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 le médecin traitant de son diagnostic.

Parcours de soins coordonnés

Il s'agit d'un circuit que doit suivre le participant afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace avec le 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 l'assurance maladie obligatoire 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 l'assurance maladie obligatoire est basé sur le tarif d'autorité.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

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).

La liste des médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO est disponible sur annuaire.sante.ameli.fr

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 l'assurance maladie obligatoire).

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 charge par l'organisme assureur complémentaire.

Forfait sur les actes dits « lourds »

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique aux actes pratiqués en ville ou en établissement de santé d'un coût "élevé", notamment ceux dont le tarif (ou base de remboursement de la Sécurité sociale) est égal ou supérieur à 120 €.

Ce forfait, dont le montant est de 24 €, est systématiquement pris en charge par l'organisme assureur complémentaire.

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 l'assurance maladie obligatoire).

À compter du 31 mars 2024, le montant de la franchise est de :

- 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

Un plafond journalier est également prévu pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. À compter du 31 mars 2024, on ne peut pas déduire :

- plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Les franchises ne sont pas remboursées par l'organisme assureur complémentaire.

Télésurveillance

L'article 36 de la Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale (« LFSS ») pour 2022 instaure la prise en charge des actes de télésurveillance médicale à compter du 1^{er} juillet 2022.

Le ticket modérateur est pris en charge au titre du contrat.

Contrat responsable – séances d'accompagnement réalisées par un psychologue

L'article 79 de la LFSS pour 2022 instaure la prise en charge, par l'Assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire, des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé.

Ces séances s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins coordonnés et doivent être réalisées par un psychologue ayant fait l'objet d'une sélection par l'Assurance maladie permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation. Ce professionnel doit être signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice.

Le nombre de séances prises en charge est limité au nombre de huit par année civile.

Cette mesure est effective à compter du 1^{er} avril 2022.

La prise en charge du ticket modérateur devient une obligation au titre du contrat responsable. Ainsi, le remboursement sera pris en charge au titre du contrat, si celui-ci est responsable.

Si le contrat est non-responsable, le ticket modérateur des séances de psychologues est pris en charge à la condition que la garantie souscrite couvre les actes d'auxiliaires médicaux.

Qu'est-ce que le 100% santé ?

Avec le plan « 100% santé » (ou reste à charge zéro), les pouvoirs publics entendent renforcer l'accès de tous les Français à des soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, pris en charge à 100%.

Pourquoi une telle mesure ?

Lunettes de vue, prothèses dentaires, aides auditives... Ces dispositifs médicaux sont souvent onéreux et les frais assumés par l'assuré (le reste à charge) particulièrement élevés.

En effet, dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audiologie, les prix sont librement fixés par les professionnels de santé et déconnectés des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Conséquence : le niveau de dépenses est tel qu'il dissuade aujourd'hui certains de nos concitoyens à s'équiper ou se soigner correctement.

En garantissant une prise en charge intégrale de certaines prestations dans ces trois spécialités, le « 100% santé » a donc pour objectif de prévenir le renoncement aux soins pour raisons financières.

En quoi consiste cette réforme ?

Cette mesure donne accès à des « paniers » de soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé (ou mutuelles).

Pour cela, les bases de remboursement de la Sécurité sociale évoluent progressivement et des prix limites de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sont mis en place, que les professionnels de santé concernés ont l'obligation de respecter.

Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que le participant est couvert par un régime complémentaire de frais de santé responsable (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), celui-ci peut bénéficier des offres de soins « 100% santé ».

Celles-ci sont incluses dans les obligations du régime frais de santé et doivent être systématiquement proposées par l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

La liberté de choix du participant est néanmoins préservée puisqu'il conserve à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

Comment contacter le gestionnaire ?

— Par courrier : Génération - Cedex 9 - 29080 - QUIMPER

— Par internet : www.generation.fr

— Par téléphone : 02 98 51 38 00

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R
- 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270.



CG01/2024 / JBI - 11/07/2024