

santé —

# CONDI- TIONS GÉNÉ- RALES

---

## RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Accords Collectifs de Travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale et dans les services d'accueil et d'orientation et d'insertion (CHRS)  
Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup>/01/2011



AG2R LA MONDIALE

# CONDITIONS GÉNÉRALES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Accords Collectifs de Travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale et dans les services d'accueil et d'orientation et d'insertion (CHRS)

## SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE</b> .....	2
<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	3
article 1 - objet .....	3
article 2 - date d'effet - durée .....	3
article 3 - révision .....	3
article 4 - adhésion de l'établissement - obligations de l'adhérent .....	3
article 5 - affiliation des salariés - obligations des assurés .....	3
article 6 - notice d'information .....	4
article 7 - recours contre les tiers responsables .....	4
article 8 - territorialité .....	4
article 9 - prescription .....	4
article 10 - service qualité .....	4
article 11 - autorité de contrôle .....	5
article 12 - informatique et libertés .....	5
article 13 - contrôle et fraude .....	5
<b>GARANTIES REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ ET MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS</b> .....	5
article 14 - garanties .....	5
article 15 - suspension des garanties .....	7
article 16 - cessation des garanties .....	7
article 17 - limites des garanties - exclusions .....	8
article 18 - plafond des remboursements .....	9
article 19 - présentation des dossiers .....	9
article 20 - règlement des prestations .....	9
article 21 - tiers payant .....	9
article 22 - prise en charge hospitalière .....	10
<b>COTISATIONS</b> .....	10
article 23 - taux de cotisation et répartition .....	10
article 24 - paiement des cotisations .....	10

## PRÉAMBULE

Le présent contrat est établi conformément à l'article 5 du protocole n°153 du 23 juin 2010 relatif au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé signé par les partenaires sociaux des accords collectifs CHRS.

Ce régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est institué au profit de tous les salariés liés par un contrat de travail, quelle qu'en soit la forme, à un établissement relevant du champ d'application des accords collectifs CHRS et ayant six mois de présence administrative dans cet établissement.

L'affiliation de l'établissement au présent régime fait suite à la désignation par les partenaires sociaux d'AG2R Prévoyance comme organisme assureur des garanties du régime frais de soins de santé.

# DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## ARTICLE 1 - OBJET

Les présentes conditions générales, régies par le code de la Sécurité Sociale, résultent de l'application des dispositions de l'article 5 du protocole n°153 du 23 juin 2010, portant sur le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé au sein des accords collectifs de travail applicables dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale et dans les services d'accueil et d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS), dont AG2R Prévoyance est l'assureur désigné par les partenaires sociaux.

## ARTICLE 2 - DATE D'EFFET - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat d'adhésion de l'entreprise aura un effet et une durée identiques à ceux du protocole n°153 du 23 juin 2010 signé par les partenaires sociaux des accords collectifs CHRS, dès lors que l'établissement entre dans le champ d'application de ce protocole.

En application de l'article L 932.12 du code de la Sécurité sociale, la faculté de dénonciation ou de résiliation n'est pas offerte à l'établissement tant que l'adhésion à AG2R Prévoyance résulte d'une obligation prévue par l'accord collectif dont il relève.

## ARTICLE 3 - RÉVISION

Le contrat d'adhésion de l'établissement sera révisé dans les mêmes termes que le contrat de garantie et protocole de gestion administrative conclu entre les partenaires sociaux des accords collectifs CHRS et AG2R Prévoyance.

Les dispositions de la présente adhésion ont été établies sur la base des lois et règlements en vigueur au moment de sa conclusion. En conséquence, elles seront révisées, sans délai, en tout ou partie, s'il survenait une modification de ces lois et règlements.

## ARTICLE 4 - ADHÉSION DE L'ÉTABLISSEMENT - OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

À compter de la date d'effet de l'article 5 du protocole n°153 du 23 juin 2010 (et au plus tôt à la date à laquelle l'établissement entre dans le champ d'application dudit protocole), l'établissement qui adhère à AG2R Prévoyance acquiert la qualité d'Adhérent.

À cette fin, l'établissement concerné a reçu un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Au moment de son adhésion puis annuellement, l'entreprise doit :

- fournir à AG2R Prévoyance la liste de l'ensemble des salariés visés en mentionnant pour chacun d'eux les nom(s), prénom(s), date de naissance, date d'entrée, date de sortie, et le numéro de Sécurité sociale,
- payer les cotisations dues aux époques convenues.

L'établissement est tenu de prélever la quote-part de cotisation obligatoire du salarié et de reverser celle-ci ainsi que la part employeur à AG2R Prévoyance.

En cours d'exercice, l'établissement doit signifier à AG2R Prévoyance l'entrée de salariés selon le même moyen qu'aux alinéas ci-dessus.

La sortie d'un salarié doit également être communiquée par l'employeur à AG2R Prévoyance dès la rupture du contrat de travail.

À chaque échéance annuelle il est adressé un état récapitulatif du personnel assuré. Les établissements attestent sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans l'état précité.

## ARTICLE 5 - AFFILIATION DES SALARIÉS - OBLIGATIONS DES PARTICIPANTS

L'adhésion de l'établissement entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de tous les salariés liés par un contrat de travail, quelle qu'en soit la forme, à un établissement relevant du champ d'application des accords collectifs CHRS et ayant six mois de présence administrative dans cet établissement. Les salariés concernés reçoivent la qualité d'assuré.

Les salariés bénéficiaires du présent régime ont droit à un remboursement complémentaire à celui de la Sécurité Sociale pour les actes tels que fixés dans le présent contrat.

Aucune sélection médicale ne sera effectuée.

L'affiliation des salariés se matérialise par la signature d'un bulletin d'affiliation, daté et signé par l'intéressé puis ensuite validé et transmis à AG2R Prévoyance, par l'employeur (cachet de l'établissement).

Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à AG2R Prévoyance (procédure Noémie).

Le salarié joint à son bulletin d'affiliation individuel :

- Une copie de la carte d'assuré social ou de l'attestation jointe à la carte vitale,
- Un relevé d'identité Bancaire ou Postal (RIB ou RIP) afin de permettre le virement des prestations.

Peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime « remboursement de frais de soin de santé », sous réserve de fournir régulièrement à leurs employeurs les justificatifs correspondants :

- les salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire de frais de soin de santé à affiliation obligatoire lors de la mise en place de ce régime (par exemple, les salariés déjà couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint). Cette dispense ne vaut que pour les salariés présents au moment de la mise en place du régime obligatoire. Les salariés embauchés postérieurement ne peuvent en demander le bénéfice ;
- les salariés bénéficiant, lors de la mise en place du présent régime dans les entreprises, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale et cela jusqu'à échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation ;
- les salariés à employeurs multiples qui bénéficient déjà, et justifient, d'une complémentaire « frais de santé » obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés qui sont déjà couverts par une assurance individuelle « frais de santé » pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel. Cette dispense ne vaut que pour les salariés présents au moment de la mise en place du régime obligatoire. Les salariés embauchés postérieurement ne peuvent en demander le bénéfice.
- les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois peuvent demander par écrit à ne pas être affiliés s'ils sont couverts par ailleurs. La dispense d'affiliation est de droit pour les salariés dont le contrat à durée déterminée est inférieure à douze mois.
- les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et les apprentis qui devraient acquiescer une cotisation, dans le cadre du régime obligatoire, au moins égale à 10% de leur rémunération.

En aucune manière les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne peuvent être imposées par l'employeur.

À la demande d'AG2R Prévoyance, l'employeur devra fournir une copie des documents justifiant la dispense d'affiliation.

**Pendant toute la durée du protocole n°153 du 23/06/2010, aucun salarié ne peut démissionner du régime de son propre fait, sauf s'il rentre dans les conditions d'un des cas prévus ci-dessus.**

#### **ARTICLE 6 - NOTICE D'INFORMATION**

AG2R Prévoyance fournit à l'Adhérent, une notice d'information définissant les garanties du régime complémentaire de frais de soins de santé, prévu par le protocole n°153 du 23 juin 2010, objet du présent contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de règlement d'une prestation.

L'établissement s'engage à remettre un exemplaire de la notice d'information à chacun des salariés assurés concernés au moment de l'entrée en vigueur de l'adhésion de l'établissement ainsi qu'aux salariés assurés qui seront ultérieurement garantis et auxquels s'appliqueront les dispositions du présent contrat.

Il en va de même en cas de modification des droits et obligations des assurés concernés.

La preuve de la remise de la notice à chaque salarié incombe à l'établissement (liste d'émargement par exemple).

#### **ARTICLE 7 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES**

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

#### **ARTICLE 8 - TERRITORIALITÉ**

Les salariés garantis exercent leur activité salariée dans le champ géographique des accords collectifs CHRS.

Les prestations d'AG2R Prévoyance sont payées en euros.

#### **ARTICLE 9 - PRESCRIPTION**

**Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat sont prescrites dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.**

#### **ARTICLE 10 - SERVICE QUALITÉ**

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

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R PRÉVOYANCE - 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 du Groupe AG2R La Mondiale - 32 avenue Émile Zola - Mons en Barœul - 59 896 Lille Cedex 9.

#### **ARTICLE 11 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'autorité chargée du contrôle des institutions de prévoyance ayant leur siège social en France est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

#### **ARTICLE 12 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes), sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers d'AG2R PRÉVOYANCE, auprès de : Groupe AG2R LA MONDIALE - Correspondant Informatique et Libertés - 104 - 110 Boulevard Haussmann - 75379 Paris Cedex 08.

#### **ARTICLE 13 - CONTRÔLE ET FRAUDE**

AG2R Prévoyance peut à tout moment faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'établissement ou le salarié affilié, tant à l'occasion de l'adhésion et du versement des cotisations qu'à l'occasion de l'ouverture des droits à prestations.

Les déclarations faites, tant par l'établissement que par l'assuré, servent de base à la garantie. AG2R Prévoyance se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

AG2R Prévoyance informera la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance (CNPTP) du régime des résultats statistiques des contrôles effectués.

## **GARANTIES REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ET MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

#### **ARTICLE 14 - GARANTIES**

Les garanties prises en application du protocole n°153 du 23 juin 2010 sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes après accord de la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité Sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans **le tableau des garanties figurant ci-après en page 6**. Les garanties « maternité » si elles sont prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.



## **ARTICLE 15 - MAINTIEN DES GARANTIES**

### **Article 15-1**

La garantie du régime complémentaire « frais de santé » est maintenue moyennant paiement des cotisations salariales et patronales lorsque la suspension du contrat de travail de l'assuré est due à :

- une maladie,
- une maternité ou une adoption
- un accident de travail,
- l'exercice du droit de grève,
- un congé non rémunéré qui n'excède pas un mois consécutif.

Le régime est également maintenu moyennant paiement des cotisations salariales et patronales dans les mêmes conditions en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Lorsque le salarié n'est pas indemnisé durant ces périodes de suspension, il devra s'acquitter de la cotisation salariale auprès de l'employeur. A défaut, passé un délai de trois mois à compter du début de la période non indemnisée, l'employeur peut décider de suspendre le droit à garanties.

En dehors de ces cas de suspension du contrat de travail de l'assuré, tels que listés ci-dessus, le droit à garanties n'est pas maintenu.

### **Article 15-2**

Toutefois, le salarié peut demander à titre facultatif auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier d'un régime complémentaire « frais de santé » dans les mêmes conditions de cotisations et de garanties que celles du présent régime conventionnel pendant la durée du congé ou de l'absence.

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance lors d'un départ en congé ou en cas d'absence. La cotisation totale est à la charge exclusive du salarié. Celui-ci doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur. La cotisation est payable trimestriellement à terme échu par l'assuré selon les modalités fixées par l'organisme assureur (prélèvements bancaires).

Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la première cotisation au régime facultatif due est celle du mois suivant le début du congé.

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

Le maintien de l'assurance facultative dans ces conditions prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé,
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues en cas de cessation des garanties.

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

Les personnels visés au présent article 15-2 seront reconnus au titre des catégories S01 ou S18.

## **ARTICLE 16 - CESSATION DES GARANTIES**

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'établissement.

En cas de cessation des garanties, l'Institution proposera au salarié d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention. Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur désigné maintient, à titre individuel la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

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

La cotisation totale est à la charge exclusive de l'assuré. Celui-ci doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur. La cotisation est payable à terme échu selon les modalités fixées par l'organisme assureur.

Les tarifs applicables aux personnes visées par l'article 4 de la loi n°89-1009 ne peuvent être supérieurs de plus de 50 pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

#### **ARTICLE 17 - LIMITES DES GARANTIES - EXCLUSIONS**

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

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
  - 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 deux ans suivant la date des soins pratiqués,
  - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'assuré 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 les garanties prévues au présent contrat,
  - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale,
  - 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, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties.
  - engagés au titre de la législation sur les pensions militaires,
  - engagés au titre 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,
  - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité

sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais consécutifs à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs à des 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 cette classification.

Pour les frais consécutifs à des 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 dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront 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 de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

#### **ARTICLE 18 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS**

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation d'AG2R Prévoyance ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après participation de la Sécurité Sociale, du contrat complémentaire AG2R Prévoyance et éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

#### **ARTICLE 19 – PRÉSENTATION DES DOSSIERS**

Les demandes de remboursement sont adressées par l'assuré à AG2R Prévoyance.

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

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

**et dans tous les cas :**

- 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 remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par AG2R Prévoyance auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par AG2R Prévoyance auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...).

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur 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 du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la Classification Commune des Actes Médicaux et la base de remboursement sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation, est tenu à la disposition de l'assuré sur simple demande.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

#### **ARTICLE 20 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

Les prestations garanties sont versées soit directement aux assurés par virement bancaire, soit aux professionnels de santé par tiers payant. Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par AG2R Prévoyance, les prestations sont réglées dans un délai maximum de dix jours.

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

#### **ARTICLE 21 – TIERS PAYANT**

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte Santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte Santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Le salarié s'engage, si la carte santé est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de quinze jours suivant son départ (démission, licenciement, retraite...).

Le salarié restituera les sommes payées par AG2R Prévoyance relatives à des soins postérieurs à la

cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

#### **ARTICLE 22 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE**

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R Prévoyance délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à la charge de l'assuré dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, AG2R Prévoyance délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'adhérent et l'assuré sont tenus de fournir à AG2R Prévoyance les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

#### **ARTICLE 24 - PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations sont payables par l'adhérent, trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à AG2R Prévoyance dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

L'organisme assureur en application de l'article L. 932-9 du code de la Sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non paiement dans les délais.

## COTISATIONS

Les cotisations du présent contrat sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Les cotisations seront revues en cas de changement de ces textes après accord de la Commission Nationale Paritaire de Négociation. À cette occasion, une révision des garanties peut également être convenue.

#### **ARTICLE 23 - TAUX DE COTISATIONS ET RÉPARTITION**

La cotisation mensuelle par salarié pour le régime complémentaire « frais de santé » sera appelée comme suit :

- Participants relevant du régime général de la Sécurité sociale : 0,77% PMSS\*
- Participants relevant du régime local Alsace Moselle de Sécurité sociale : 0,46% PMSS\*

\* plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur.

La cotisation est répartie de la manière suivante : 50% à la charge de l'employeur, 50% à la charge du salarié.

Chaque année suivant la prise d'effet du régime, les cotisations seront révisées après accord de la Commission Nationale Paritaire de Négociation, en fonction de la sinistralité constatée dans les CHRS et de l'évolution des dépenses de santé prévues sur la base des données fournies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.



## L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions de prévoyance, de santé, d'épargne et de retraite.

ENTREPRISE

SANTÉ

Complémentaire Santé

PRÉVOYANCE

Incapacité & Invalidité

Décès

Garantie Perte d'Autonomie

ÉPARGNE

PEE

PERCO

Compte Épargne Temps

RETRAITE

Retraite supplémentaire à cotisations définies

(Art. 83)

Retraite supplémentaire à prestations définies

(Art. 39)

PASSIFS SOCIAUX

Indemnités de Fin de carrière

Indemnités de licenciement

SERVICES ET INNOVATION SOCIALE

Prévention et conseil social

Accompagnement

**AG2R LA MONDIALE**

104-110 Bd Haussmann

75379 Paris Cedex 08

[www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr)

AG2R PRÉVOYANCE, MEMBRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE,  
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE,  
35, BOULEVARD BRUNE - 75014 PARIS. MEMBRE DU GIE AG2R