santé

NOTICE D'INFOR-MATION

Ensemble du personnel

AG2R LA MONDIALE

VEOLIA EAU

TC-M 501-Juil12.indd 1 17/07/12 08:37

SOMMAIRE

Quel est l'objet de la garantie ?	4
Quels sont les actes et frais garantis ?	4
Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	4
Peut-on changer de catégorie ?	6
Quand débute la garantie ?	8
Quand cesse-t-elle ?	8
Peut-elle être maintenue ?	9
Comment vous affilier ?	12
Structure des régimes	12
Cotisations	13
Exclusions et limites de la garantie	14
Résumé de la garantie	17
Grille optique	23
Plafond des remboursements	31
Comment s'effectuent vos remboursements ?	31
Le tiers payant	34
Accords de prise en charge	34
Prescription	36
Réclamations et litiges	36
Quelques informations utiles	37

TC-M 501-Juil12.indd 2 17/07/12 08:37

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

UES VEOLIA EAU - Générale des eaux
a mis en place un régime frais de santé obligatoire.
La garantie figurant dans la présente notice est assurée par AG2R Prévoyance, membre du groupe AG2R LA MONDIALE.
Cette notice s'applique à compter du 1er janvier 2012.

La NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.
Les garanties complémentaires s'inscrivent dans le cadre d'un « contrat responsable ».
Elles sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes.

TC-M 501-Juil12.indd 3 17/07/12 08:37

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?
Accorder une prestation complémentaire aux régimes de base de Sécurité sociale en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation,** dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?
Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé de la garantie.

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

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

Frais d'obsèques (régime économique)
En cas de décès du salarié, il est versé une indemnité forfaitaire (voir au résumé de la garantie). Cette prestation est limitée aux frais d'obsèques justifiés par une facture et versée à la personne qui les a exposés.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

Catégorie « Isolé »
- Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise, **si vous êtes dans l'une des situations suivantes** :

TC-M 501-Juil12.indd 4 17/07/12 08:37

- célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge au sens social ; vous devrez alors remettre tous les ans, au 1er janvier de chaque année ou lors de votre entrée dans l'entreprise, une photocopie de votre attestation de carte Vitale,
- marié, concubin ou pacsé, dont le ou les ayants droit (conjoint, concubin, pacsé, enfants) bénéficient d'une couverture obligatoire de frais médicaux ; vous devrez alors remettre tous les ans, au 1er janvier de chaque année ou lors de votre entrée dans l'entreprise, un document justifiant de la couverture obligatoire dont bénéficient le ou les ayants droit,
- marié, concubin ou pacsé, dont le ou les ayants droit (conjoint, concubin, pacsé, enfants) sont couverts par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 (personnel de la Fonction publique de l'État) ; vous devrez alors remettre tous les ans, au 1er janvier de chaque année ou lors de votre entrée dans l'entreprise, un document justifiant de la couverture obligatoire dont bénéficient le ou les ayants droit.

Vous disposez d'un délai de 3 mois, à partir du 1er janvier ou de la date d'entrée dans l'entreprise, pour satisfaire à l'obligation de remise du document nécessaire à l'affiliation à la catégorie « Isolé ».

Catégorie « Famille »

- Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise,
- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non),
- les enfants à charge au sens de la législation sociale ou fiscale, à savoir :
- les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
- les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
  - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant

TC-M 501-Juil12.indd 5 17/07/12 08:37

droit à un abattement applicable au revenu imposable ou en contrat d'apprentissage ou en contrat à durée déterminée de moins d'un an,
- vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, à la recherche d'un 1er emploi et à la condition d'être inscrit comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi pendant une durée de 12 mois maximum à compter de l'arrêt de leur scolarité,

• 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) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable,
• toute personne à votre charge au sens des assurances sociales.

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

PEUT-ON CHANGER DE CATÉGORIE ?

Chaque 1er janvier de l'année, vous pouvez changer de catégorie « Isolé » vers « Famille » ou « Famille » vers « Isolé » sans modification de votre situation sous réserve de présenter votre attestation de carte Vitale sur laquelle devra figurer votre nom seul (pour l'affiliation à la catégorie Isolé) ou le nom de vos bénéficiaires (pour l'affiliation à la catégorie Famille).

En dehors de cette date, les modalités de changement de catégories définies ci-dessous s'appliquent.

Changement de catégorie « Isolé » vers « Famille »

Vous pouvez effectuer ce changement, sans délai de carence,

TC-M 501-Juil12.indd 6 17/07/12 08:37

en cas de :
- naissance du 1er enfant,
- mariage, contractualisation d'un PACS, concubinage,
- divorce, rupture d'un PACS, fin du concubinage,
- décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin,
- chômage du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin,
- départ à la retraite du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin,
- départ volontaire de son entreprise du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin,
- disparition du régime obligatoire dont bénéficiait le conjoint, le partenaire lié par un PACS, le concubin,
- perte du statut de fonctionnaire d'Etat par le conjoint, le partenaire lié par un PACS, le concubin.

Le changement de catégorie prend effet au jour de l'événement, le changement de la cotisation ne prenant effet qu'au 1er jour du mois suivant l'événement.

Changement de catégorie « Famille » vers « Isolé »

Vous pouvez effectuer ce changement, sans délai de carence, en cas de :
- dernier enfant cessant d'être à charge au sens fiscal ou social,
- divorce, rupture d'un PACS, fin du concubinage,
- décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin,
- conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin qui devient fonctionnaire d'État,
- mise en place d'un régime obligatoire dans l'entreprise du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin,
- départ d'UES VEOLIA EAU Générale des eaux de l'un des deux membres du couple et qui bénéficie d'un régime obligatoire dans sa nouvelle entreprise.

Le changement de catégorie prend effet au jour de l'événement, le changement de la cotisation ne prenant effet qu'au 1er jour du mois suivant l'événement.

TC-M 501-Juil12.indd 7 17/07/12 08:37

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- À la date d'effet du contrat d'adhésion si vous êtes présent à l'effectif,
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

QUAND CESSE-T-ELLE ?

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires :

- le jour de la rupture de votre contrat de travail,
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

La garantie peut être suspendue en cas de non paiement des cotisations.
Tout paiement versé indûment après la date de cessation de la garantie devra être remboursé sans délai par vos soins.

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

Toutefois, peuvent demander, individuellement, à être dispensés d'affiliation :

- les bénéficiaires de la carte CMU complémentaire. Pour bénéficier de la dispense, ces salariés qui en feront la demande devront remettre à l'employeur une photocopie de leur carte CMU complémentaire. La dispense cessera dès la perte du bénéfice de la CMU complémentaire,
- les salariés disposant d'un contrat de travail à durée déterminée, y compris les salariés dits « apprentis ». Pour bénéficier de la dispense, ces salariés qui en feront la demande devront être affiliés, de façon obligatoire ou facultative, directement ou indirectement, à un organisme de remboursement de frais médicaux. Pour ce faire, ils devront remettre, chaque année, à l'employeur une attestation de l'organisme de remboursement de frais médicaux, attestation précisant leur qualité d'assuré ainsi que la date de fin de l'assurance. La dispense cessera dès que le salarié ne

TC-M 501-Juil12.indd 8 17/07/12 08:37

bénéficiera plus de cette assurance,
- les salariés à temps très partiel dont la cotisation au régime frais de santé serait au moins égale à 10 % de leur rémunération,
- les conjoint, concubin, pacsé des salariés de l'une des sociétés d'UES VEOLIA EAU Générale des eaux et travaillant eux-mêmes dans une entreprise d'UES VEOLIA EAU Générale des eaux.

Cette dispense d'affiliation ne sera autorisée que tant qu'elle sera permise par les textes réglementaires et tant que cette permission ne remettra pas en cause les différentes exonérations sociales et fiscales des cotisations.

PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

En cas de suspension du contrat de travail

La garantie est maintenue, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. En tout état de cause, le maintien de la garantie cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

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

La garantie peut être maintenue, moyennant paiement des cotisations, aux anciens salariés, ainsi qu'à leurs bénéficiaires, lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail et lorsque la rupture ou la fin de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde, qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.
Ce maintien de garantie s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.
Il conviendra de fournir le justificatif d'ouverture de droit au

TC-M 501-Juil12.indd 9 17/07/12 08:37

régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.
Le maintien de garantie prend effet dès le lendemain de la date de rupture ou de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur. Il s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.
Il cesse :

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

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien de la garantie qui n'est pas prolongée d'autant.
En cas de modification ou de révision de la garantie des salariés en activité, la garantie des anciens salariés bénéficiant du maintien de garantie est modifiée ou révisée dans les mêmes conditions.
Le salarié a le droit de renoncer au bénéfice de ce maintien de garanties par notification écrite à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail. Cette renonciation est définitive et porte sur l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur qu'elles soient prévues par la convention collective nationale ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En cas de cessation de la garantie

La garantie peut être maintenue si, à titre individuel et

TC-M 501-Juil12.indd 10 17/07/12 08:37

moyennant le paiement de la cotisation correspondante, vous bénéficiez en tant qu'ancien salarié :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de 2e ou 3e catégorie ou incapacité fonctionnelle de plus de 66%,
- si privé d'emploi, vous bénéficiez d'un revenu de remplacement,

sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant la rupture de votre contrat de travail.

Cette garantie peut être également maintenue, à titre individuel et grâcieux, au profit des personnes garanties au titre du contrat du salarié décédé, pour une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Au terme de ce délai de 12 mois, ces ayants droit peuvent maintenir leur garantie à titre individuel et onéreux à condition d'en faire la demande dans les 3 mois.

Pour le personnel retraité, la garantie peut être maintenue à titre individuel et onéreux, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le départ à la retraite.

Le maintien de garantie cesse lorsque vous ne répondez plus aux critères définis ci-dessus.

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

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

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

Pour bénéficier de ces dispositions en relais au droit à portabilité, la demande doit être faite :

- dans un délai de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail, pour les anciens salariés bénéficiant d'une portabilité inférieure à 6 mois,

TC-M 501-Juil12.indd 11 17/07/12 08:37

- à l'issue de la période de portabilité, pour les anciens salariés bénéficiant d'une portabilité supérieure à 6 mois.

COMMENT VOUS AFFILIER ?

Vous remplissez le bulletin d'affiliation remis par votre employeur et vous y joignez :

- la photocopie de votre attestation de droits Sécurité sociale et de celles de vos bénéficiaires assurés à titre personnel,
- un relevé d'identité bancaire pour le virement direct des prestations sur votre compte.

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

- en cas de concubinage et si votre concubin n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, 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, quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun, ...),
- pour les partenaires liés par un PACS, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le Greffe du tribunal d'instance.

STRUCTURE DES RÉGIMES

Régime économique (groupe fermé)

Les salariés déjà garantis par un régime obligatoire d'entreprise de par leur conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS et qui sont déjà affiliés au régime « ÉCONOMIQUE » peuvent opter pour le maintien à ce régime.

Nouveau régime

L'ensemble des salariés actifs, précédemment affiliés au « Régime de base » ou au « Régime amélioré » peut bénéficier du « Nouveau régime » depuis le 1er janvier 2006.

TC-M 501-Juil12.indd 12 17/07/12 08:37

COTISATIONS

Les cotisations sont éventuellement réparties entre l'employeur et le salarié. Elles sont versées par l'employeur auprès d'AG2R Prévoyance à la fin de chaque trimestre.
En cas d'arrêt de travail du salarié, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation, tant patronale que salariale.

ATTENTION

Tous les bénéficiaires affiliés à la présente garantie doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement, de signaler à votre centre de gestion AG2R Prévoyance tout changement de situation familiale.

TC-M 501-Juil12.indd 13 17/07/12 08:37

EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE

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

Exclusions

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

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale,
- relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,
- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci ; la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués,
- engagés hors de France (si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par AG2R Prévoyance sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon la garantie souscrite).

AG2R Prévoyance ne prendra pas en charge les soins indemnisés au titre :

- de la législation sur les pensions militaires,
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices,
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique,
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes

TC-M 501-Juil12.indd 14 17/07/12 08:37

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. 322-2 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 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale),
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Limites de la garantie
Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale : lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, AG2R Prévoyance n'effectue ses remboursements qu'après avis de ses praticiens conseils.
Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux : le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.
Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles) : le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.
Actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait : à l'exception du forfait maternité, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part d'AG2R Prévoyance.

TC-M 501-Juil12.indd 15 17/07/12 08:37

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. L'article D. 331 du Code de la Sécurité sociale prévoit que cette période débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après l'accouchement.
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.

TC-M 501-Juil12.indd 16 17/07/12 08:37

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Régime économique

Postes	Prestations AG2R Prévoyance [1]	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour, actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	100 % de la BR	100 % du PU
Forfait hospitalier	Maxi 18 € / jour	Maxi 18 € / jour
Chambre particulière	2 % du PMSS / jour	2 % du PMSS / jour
Lit d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 12 ans	1 % du PMSS / jour	1 % du PMSS / jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % du TM	100 % du TMR
Séjours divers		
Maison de repos, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou réadaptation fonctionnelle	100 % du TM	100 % du TMR
Actes médicaux courants [2]		
Généralistes, spécialistes	100 % du TM	100 % du TMR
Analyses, auxiliaires médicaux	100 % du TM	100 % du TMR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	100 % du TM	100 % du TMR
Pharmacie acceptée par la Sécurité sociale (base TFR)	100 % du TM	100 % du TMR

TC-M 501-Juil12.indd 17 17/07/12 08:37

Postes	Prestations AG2R Prévoyance (1) Conventionné	Non conventionné
Dentaire		
Soins dentaires y compris parodontose acceptée par la Sécurité sociale	100 % du TM	100 % du TMR
Inlay simple, onlay	Néant	Néant
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	50 % du TC	50 % du TCR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	50 % du TCR	50 % du TCR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	50 % du TC	50 % du TCR
Prothèses non dentaires acceptées par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives, orthopédie et autres prothèses	50 % du TC	50 % du TCR
Optique		
Lunettes (monture, verres)	Crédit annuel de 2 % du PMSS / bénéficiaire	
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	Crédit annuel de 2 % du PMSS / bénéficiaire	
Maternité / Adoption		
Par enfant déclaré (maximum 2 enfants)	Forfait de 5 % du PMSS	
Frais d'obsèques		
Décès du salarié	Forfait de 50 % du PMSS	

TC-M 501-Juil12.indd 18 17/07/12 08:37

Postes	Prestations AG2R Prévoyance (1)	
	Conventionné	Non conventionné
Actes de prévention		
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum	100 % du TM	100 % du TMR
Vaccins diphtérie, tétanos et poliomyélite	100 % du TM	100 % du TMR

FR = FRAIS RÉELS.
BR (BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE) **= TC** (TARIF DE CONVENTION SÉCURITÉ SOCIALE).
PU = PRIX UNITAIRE.
TCR = TARIF DE CONVENTION RECONSTITUÉ.
TM = TICKET MODÉRATEUR.
TMR = TICKET MODÉRATEUR RECONSTITUÉ.
PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITE SOCIALE, SOIT 3 031 € AU 1ER JANVIER 2012.
(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES.
(2) RÉALISÉS DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOIN.

TC-M 501-Juil12.indd 19 17/07/12 08:37

Nouveau régime

Postes	Prestations AG2R Prévoyance [1]	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour, actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	100 % des FR – RSS	75 % des FR – RSS limités à 200 % du PU
Forfait hospitalier	Maxi 18 € / jour	Maxi 18 € / jour
Chambre particulière	45 € / jour	30 € / jour
Lit d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 12 ans	45 € / jour	45 € / jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % du TC	100 % du TCR
Séjours divers		
Maison de repos, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou réadaptation fonctionnelle	100 % des FR – RSS limités à 200 % du TC	75 % des FR – RSS limités à 200 % du TCR
Actes médicaux réalisés dans le cadre du parcours de soins		
Généralistes	250 % du TC	75 % du TCR
Spécialistes	400 % du TC	75 % du TCR
Actes de spécialité (tarif inférieur à 91 €)	100 % des FR - RSS	100 % du PU
Actes médicaux réalisés hors du parcours de soins		
Généralistes	100 % du TM	100 % du TMR
Spécialistes	100 % du TM	100 % du TMR
Actes de spécialité (tarif inférieur à 91 €)	100 % du TM	100 % du TMR

TC-M 501-Juil12.indd 20 17/07/12 08:37

Postes	Prestations AG2R Prévoyance [1]	
	Conventionné	Non conventionné
Actes médicaux		
Analyses, auxiliaires médicaux	100 % des FR – RSS	100 % du TCR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	100 % des FR – RSS	100 % du PU
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	100 % des FR – RSS	100 % du PU
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale		
Chirurgie de la myopie	425 €	425 €
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, diététicien, psychologue [2]	25 € par acte limité à 4 actes par année civile / bénéficiaire	
Pharmacie acceptée par la Sécurité sociale (base TFR)	100 % du TM	100 % du TMR
Dentaire		
Soins dentaires y compris parodontose acceptée par la Sécurité sociale	100 % du TM	75 % du TMR
Inlay simple, onlay	200 % du TC	200 % du TCR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	300 % du TC	300 % du TCR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	200 % du TCR	200 % du TCR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	300 % du TC	300 % du TCR
Prothèses non dentaires acceptées par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives, orthopédie et autres prothèses	400 % du TC	200 % du TCR

TC-M 501-Juil12.indd 21 17/07/12 08:37

Postes	Prestations AG2R Prévoyance [1]	
	Conventionné	Non conventionné
Optique		
Monture adulte	150 € / bénéficiaire (limité à 1 monture tous les 2 ans) [3]	
Monture enfant (moins de 16 ans)	Crédit annuel de 70 € / bénéficiaire	
Verres	Crédit annuel / bénéficiaire (voir GRILLE OPTIQUE page 19)	
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	Crédit annuel de 212 € / bénéficiaire	
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement	10 % du PMSS	10 % du PMSS
Maternité / Adoption		
Par enfant déclaré (maximum 2 enfants)	15 % du PMSS	15 % du PMSS
Actes de prévention		
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum	100 % du TM	100 % du TMR
Vaccins diphtérie, tétanos et poliomyélite	100 % du TM	100 % du TMR

FR = FRAIS RÉELS.
TC = TARIF DE CONVENTION SÉCURITÉ SOCIALE.
PU = PRIX UNITAIRE.
TCR = TARIF DE CONVENTION RECONSTITUÉ.
TM = TICKET MODÉRATEUR.
TMR = TICKET MODÉRATEUR RECONSTITUÉ.
PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SOIT 3 031 € AU 1ER JANVIER 2012.
(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES.
(2) SI INTERVENTION DANS LE CADRE DE PRATICIEN INSCRIT AUPRES D'UNE ASSOCIATION AGREEE.
(3) TOUTES LES PERSONNES AYANT EU UN REMBOURSEMENT D'UNE MONTURE EN 2011 NE POURRONT PAS EN BENEFICIER EN 2012. LE REMBOURSEMENT D'UNE NOUVELLE MONTURE NE POURRA S'EFFECTUER QU'A PARTIR DU 1ER JANVIER 2013.

TC-M 501-Juil12.indd 22 17/07/12 08:37

GRILLE OPTIQUE

Verres unifocaux

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	R^{bt} AG2R Prév. / verre* (maxi)
202A0011	Adulte	2203240	Simple foyer de sphère allant de -6 à +6	1,48 €	110 €
	Adulte	2287916	Simple foyer de sphère allant de -6 à +6	1,48 €	110 €
	Enfant	2261874	Simple foyer de sphère allant de -6 à +6	7,80 €	110 €
	Enfant	2242457	Simple foyer de sphère allant de -6 à +6	7,80 €	110 €
202A0021	Adulte	2226412	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et de sphère allant de -6 à +6	2,37 €	110 €
	Adulte	2259966	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et de sphère allant de -6 à +6	2,37 €	110 €
	Enfant	2200393	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et de sphère allant de -6 à +6	9,70 €	110 €

TC-M 501-Juil12.indd 23 17/07/12 08:37

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	Rbt AG2R Prév. / verre* (maxi)
	Enfant	2270413	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et de sphère allant de -6 à +6	9,70 €	110 €
202A0012	Adulte	2280660	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2,67 €	160 €
	Adulte	2282793	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2,67 €	160 €
	Adulte	2263459	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2,67 €	160 €
	Adulte	2265330	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2,67 €	160 €
	Enfant	2243540	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	17 €	160 €
	Enfant	2297441	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	17 €	160 €
	Enfant	2243304	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	17 €	160 €

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	Rbt AG2R Prév. / verre* (maxi)
	Enfant	2291088	Simple foyer de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	17 €	160 €
202A0022	Adulte	2284527	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	4,45 €	160 €
	Adulte	2254868	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	4,45 €	160 €
	Enfant	2283953	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	23,50 €	160 €
	Enfant	2219381	Simple foyer de cylindrique inférieur ou égal à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	23,50 €	160 €
202A0013	Adulte	2235776	Simple foyer de sphère située en dehors de la zone allant de -10 à +10	4,95 €	200 €

TC-M 501-Juil12.indd 25 17/07/12 08:37

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	Rbt AG2R Prév. / verre* (maxi)
	Adulte	2295896	Simple foyer de sphère située en dehors de la zone allant de -10 à +10	4,95 €	200 €
	Enfant	2273854	Simple foyer de sphère située en dehors de la zone allant de -10 à +10	29 €	200 €
	Enfant	2248320	Simple foyer de sphère située en dehors de la zone allant de -10 à +10	29 €	200 €
202A0023	Adulte	2212976	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère allant de -6 à +6	4 €	200 €
	Adulte	2252668	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère allant de -6 à +6	4 €	200 €
	Enfant	2238941	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère allant de -6 à +6	18,10 €	200 €
	Enfant	2268385	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère allant de -6 à +6	18,10 €	200 €

TC-M 501-Juil12.indd 26 17/07/12 08:37

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	Rbt AG2R Prév. / verre* (maxi)
202A0024	Adulte	2288519	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	6,14 €	200 €
	Adulte	2299523	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	6,14 €	200 €
	Enfant	2245036	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	30 €	200 €
	Enfant	2206800	Simple foyer de cylindrique supérieur à +4 et sphère située en dehors de la zone allant de -6 à +6	30 €	200 €

TC-M 501-Juil12.indd 27 17/07/12 08:37

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	Rbt AG2R Prév. / verre* (maxi)
Verres progressifs					
202A0031	Adulte	2290396	Verre multifocal de sphère allant de -4 à +4	4,75 €	260 €
	Adulte	2291183	Verre multifocal de sphère allant de -4 à +4	4,75 €	260 €
	Enfant	2259245	Verre multifocal de sphère allant de -4 à +4	25 €	260 €
	Enfant	2264045	Verre multifocal de sphère allant de -4 à +4	25 €	260 €
202A0032	Adulte	2245384	Verre multifocal de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4	7 €	260 €
	Adulte	2295198	Verre multifocal de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4	7 €	260 €
	Enfant	2238792	Verre multifocal de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4	28,10 €	260 €
	Enfant	2202452	Verre multifocal de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4	28,10 €	260 €

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	Rbt AG2R Prév. / verre* (maxi)
202A0041	Adulte	2227038	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère allant de -8 à +8	6,70 €	260 €
	Adulte	2299180	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère allant de -8 à +8	6,70 €	260 €
	Enfant	2240671	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère allant de -8 à +8	28,30 €	260 €
	Enfant	2282221	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère allant de -8 à +8	28,30 €	260 €
202A0042	Adulte	2202239	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone allant de -8 à +8	15,90 €	Frais réels

TC-M 501-Juil12.indd 29 17/07/12 08:37

Codes	Adulte/ enfant	Code LPP	Avec ou sans cylindre / Sphère	RO 65 % du TC	R^{bt} AG2R Prév. / verre* (maxi)
	Adulte	2252042	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone allant de -8 à +8	15,90 €	Frais réels
	Enfant	2234239	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone allant de -8 à +8	43,30 €	Frais réels
	Enfant	2259660	Verre multifocal quel que soit la puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone allant de -8 à +8	43,30 €	Frais réels

TC-M 501-Juil12.indd 30 17/07/12 08:37

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

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

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

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOÉMIE »), les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) transmettent directement à AG2R Prévoyance l'ensemble des informations concernant vos remboursements ; si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à la CPAM uniquement**.

Si cette procédure n'est pas encore en service, ou si un ayant droit ne peut bénéficier du système « NOÉMIE », vous devez adresser au centre de gestion AG2R Prévoyance l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

Sous réserve de leur affiliation, cette procédure ne fonctionne pas pour :

- les conjoints bénéficiaires de ce système à titre personnel (complémentaire santé d'entreprise ou personnelle, ...),
- les bénéficiaires couverts par certains régimes de base spécifiques (SNCF, ...).

Si votre conjoint (ou concubin ou partenaire pacsé) possède déjà une complémentaire santé professionnelle obligatoire

ATTENTION

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

TC-M 501-Juil12.indd 31 17/07/12 08:37

(souscrite par son employeur auprès d'un autre organisme assureur), il doit demander le remboursement de ses soins de santé en premier lieu auprès de cet organisme. Dans ce cas, le remboursement complémentaire au titre de la présente garantie ne peut être automatisé selon la norme NOÉMIE. Cette mesure ne supprime en rien ses droits au remboursement. En effet, s'il reste des frais à la charge de votre conjoint, AG2R Prévoyance remboursera en complément de sa première complémentaire santé, dans la limite de la garantie définie dans la présente notice et sur présentation de l'original du décompte de ladite complémentaire santé.

Paiement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, à l'exception des prestations frais d'obsèques réglées à la personne ayant assumé les frais.
AG2R Prévoyance adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet :

- www.particulier.ag2rlamondiale.fr

Demande de justificatifs

À défaut de télétransmission par les organismes de base, il convient de nous adresser :

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

Cependant, à tout moment, AG2R Prévoyance peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- pour le forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département,
- pour l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie, la note

TC-M 501-Juil12.indd 32 17/07/12 08:37

d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée,
- pour les vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
- pour la chirurgie de la myopie, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- pour le forfait obsèques, la facture acquittée et datée indiquant les coordonnées de la personne ayant assumé les frais,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder 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 les factures détaillées des établissements hospitaliers ou des cliniques seront pris en compte pour les remboursements.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, vous devez transmettre à AG2R Prévoyance une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre régime de base ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

La facture devra comporter le cachet de votre 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 CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale. Un formulaire à faire remplir par votre praticien, afin que l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation soit précisé, est tenu à votre disposition sur simple demande.

TC-M 501-Juil12.indd 33 17/07/12 08:37

NOTA

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte tiers payant Terciane (ou RAM GAMEX) ; **votre carte vous évite l'avance de frais**.

Attention

Lorsque vous bénéficiez du tiers payant pharmaceutique « Sécurité sociale » et que vous ne présentez pas votre carte tiers payant Terciane (ou RAM GAMEX), vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien.

•••

Il pourra vous être demandé de fournir tous devis ou factures relatifs, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Ces devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. AG2R Prévoyance peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive d'AG2R Prévoyance.

LE TIERS PAYANT

La carte de tiers payant Terciane (ou RAM GAMEX pour les salariés de l'île de la Réunion) vous évite d'avoir à faire l'avance de sommes parfois importantes dans l'attente des remboursements. Elle vous est remise après enregistrement de votre affiliation à AG2R Prévoyance.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez aux pharmacien, laboratoire d'analyses, radiologue, ambulancier (selon accords régionaux) :

- l'attestation de droits Sécurité sociale,
- la carte de tiers payant Terciane (ou RAM GAMEX),
- la prescription médicale s'il y a lieu.

La carte de tiers payant Terciane (ou RAM GAMEX) reste la propriété d'AG2R Prévoyance. En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite,...) ou de résiliation du contrat, vous devez restituer la carte tiers payant Terciane (ou RAM GAMEX) en cours de validité dans un délai de 15 jours suivant votre départ ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

En cas d'hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé en établissement **conventionné** (uniquement), le centre de gestion AG2R Prévoyance vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paie-

TC-M 501-Juil12.indd 34 17/07/12 08:37

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

Votre demande de prise en charge doit être effectuée au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée dans l'établissement conventionné.

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :
- en LIGNE : saisissez votre demande de prise en charge hospitalisation sur notre site Internet **www.particulier.ag2r-lamondiale.fr**,
- par TÉLÉPHONE au : **0 969 32 2000** (appel non surtaxé),
- sur PLACE : en présentant votre carte Terciane pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous.

•••

Dans ce cas, votre pharmacien doit vous remettre l'un des volets de la facture subrogatoire ou une facture acquittée que vous transmettrez à votre centre de gestion pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

En matière d'optique

Votre opticien envoie un devis détaillé au centre de gestion AG2R Prévoyance. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention AG2R Prévoyance.
Vous pouvez connaître les opticiens agréés :
- en TÉLÉPHONANT au : **0 969 32 2000** (appel non surtaxé),
- ou en CONSULTANT notre site Internet : **www.particulier.ag2rlamondiale.fr**.

Vous pouvez, notamment, reconnaître les opticiens partenaires à l'autocollant présent sur leur vitrine.

En cas de pose d'une prothèse dentaire

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est préférable de faire établir un devis par votre chirurgien-dentiste. Ce dernier l'adresse au centre de gestion AG2R Prévoyance. En retour, il reçoit un courrier mentionnant le montant de l'intervention AG2R Prévoyance sur chaque acte dentaire.
Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

TC-M 501-Juil12.indd 35 17/07/12 08:37

LEXIQUE

Frais réels (FR)
Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune des actes médicaux (CCAM)
Liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.

Prix unitaire (PU)
Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur non conventionné.
•••

RECOURS CONTERE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement de prestations par AG2R Prévoyance à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, AG2R Prévoyance est subrogé au salarié 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.

PRESCRIPTION

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans un délai maximum de :

- **2 ans** suivant la date des soins pratiqués, en ce qui concerne les frais de santé,
- **10 ans** en ce qui concerne les frais d'obsèques.

RÉCLAMATIONS ET LITIGES

Les réclamations doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'entreprise.
L'employeur adhérent et les salariés peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser à :

- AG2R LA MONDIALE
  Direction de la qualité
  35 boulevard Brune
  75680 PARIS Cedex 14

toutes réclamations relatives au contrat. Il y sera répondu dans les meilleurs délais.

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
  59896 LILLE CEDEX 9.

Tout litige entre l'entreprise et / ou le salarié et l'institution est porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de l'institution.

TC-M 501-Juil12.indd 36 17/07/12 08:37

L'institution relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

QUELQUES INFORMATIONS UTILES

La réforme de la santé (Loi du 13/08/2004)

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

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

...

Tarif de convention (TC) / Base de remboursement (BR)
Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.

Ticket modérateur (TM)
Différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

TC-M 501-Juil12.indd 37 17/07/12 08:37

Exemples

Législation en vigueur en JANVIER 2012.

Nouveau régime (régime général)

Nature des frais	Frais réels	Tarif de convention	Sécurité sociale	AG2R Prévoyance (1)	Reste à votre charge
Spécialiste conventionné (2)					
	50 €	23 €	15,10 € (3)	33,90 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale (SPR 50)					
	450 €	107,50 €	75,25 €	322,50 €	52,25 €
Optique					
Monture	200 €	2,84 €	1,70 €	150 €	48,15 €
Verres - la paire (202A0031)	600 €	14,62 €	8,77 €	520 €	71,23 €

Nouveau régime (régime Alsace-Moselle)

Nature des frais	Frais réels	Tarif de convention	Sécurité sociale	AG2R Prévoyance (1)	Reste à votre charge
Spécialiste conventionné (2)					
	50 €	23 €	19,70 € (3)	29,30 €	1 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale (SPR 50)					
	450 €	107,50 €	96,75 €	322,50 €	30,75 €
Optique					
Monture	200 €	2,84 €	2,56 €	150 €	47,44 €
Verres - la paire (202A0031)	600 €	14,62 €	13,16 €	520 €	66,84 €

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS RESTANT À CHARGE.
(2) DANS LE CADRE DU PARCOURS COORDONNÉ, CHEZ UN MÉDECIN CORRESPONDANT DE SECTEUR 2 (À HONORAIRES LIBRES), SUR AVIS DU MÉDECIN TRAITANT.
(3) CET EXEMPLE TIENT COMPTE DE LA CONTRIBUTION FORFAITAIRE DE 1 € LAISSÉE À VOTRE CHARGE (ARTICLE L. 322-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE).

TC-M 501-Juil12.indd 38 17/07/12 08:37

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE
POUR LES ENTREPRISES

Notice d'information pour l'ensemble du personnel.

ENTREPRISES

SANTÉ
Complémentaire santé

PRÉVOYANCE
Incapacité et invalidité
Décès
Dépendance (F)

ÉPARGNE RETRAITE ENTREPRISE
Plan épargne entreprise (PEE)
Plan épargne retraite collectif (PERCO)
Retraite supplémentaire à cotisations définies (Art. 83)
Retraite supplémentaire à prestations définies (Art. 39)
Compte épargne temps (CET)

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE (F)
ARRCO
AGIRC

PASSIFS SOCIAUX
Indemnités fin de carrière (IFC)
Indemnités de licenciement

SERVICES ET INNOVATION SOCIALE
Prévention et conseil social
Accompagnement

TC / M 501 / Juil12 - PAO Pôle Contrat Chartres

AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9
Tél. : 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)
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

TC-M 501-Juil12.indd 40 17/07/12 08:37