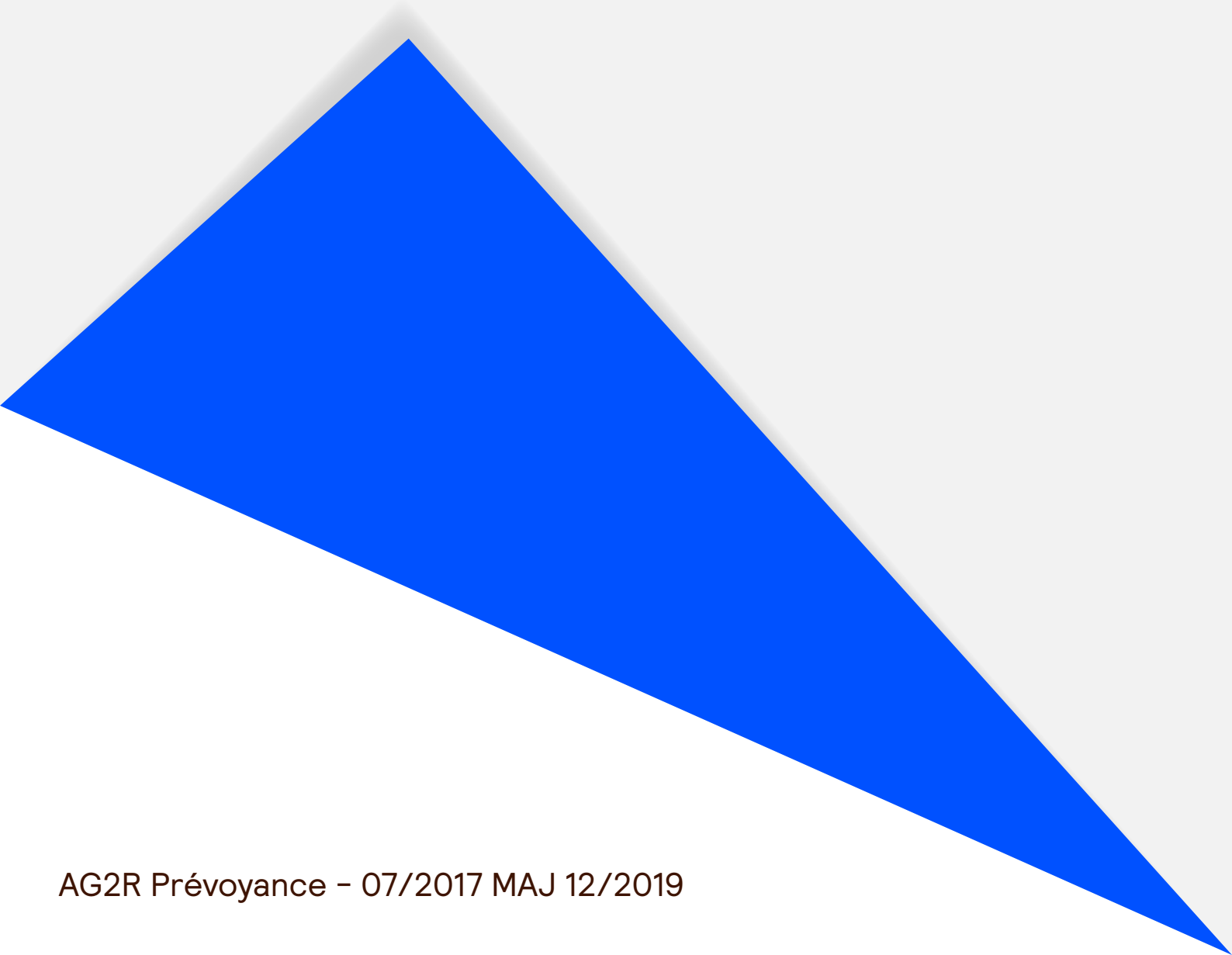
AG2R LA MONDIALE

Santé

Adhésion collective
obligatoire

Conditions générales frais de santé



AG2R Prévoyance - 07/2017 MAJ 12/2019

Sommaire

Chapitre 1 – Dispositions générales 3

Article 1 – Objet du contrat 3

Article 2 – Entrée en vigueur – Reconduction du contrat – Résiliation 3

Article 3 – Personnel garanti et bénéficiaires 3

Article 4 – Date d'effet des garanties 4

Article 5 – Suspension du contrat de travail 4

Article 6 – Cessation des garanties 4

Article 7 – Maintien des garanties après cessation du contrat de travail 5

Article 8 – Cotisations 6

Article 9 – Prescription des actions 6

Chapitre 2 – Définition des garanties 7

Article 10 – Niveau des garanties 7

Article 11 – Frais garantis 7

Article 12 – Limites des garanties – Exclusions 7

Article 13 – Plafond des remboursements 8

Chapitre 3 – Règlement des prestations 9

Article 14 – Présentation des dossiers 9

Article 15 – Paiement des prestations 9

Article 16 – Tiers payant 9

Article 17 – Prise en charge hospitalière 10

Article 18 – Recours contre les tiers responsables 10

Article 19 – Dispositions diverses 10

Conditions générales obligatoires

Chapitre 1 – Dispositions générales

Article 1 – Objet du contrat

Le présent contrat collectif de frais de santé à adhésion obligatoire est conclu d'une part entre l'entreprise souscriptrice, ci-après dénommée **« l'adhérent »** et d'autre part AG2R Prévoyance, ci-après dénommée **« l'Institution »**.
Le contrat d'adhésion est formé :

- des présentes Conditions Générales ;
- des conditions particulières du contrat d'adhésion qui fixent la ou les catégorie(s) couverte(s) par le contrat, les garanties choisies par l'adhérent, les cotisations correspondantes ainsi que la date d'effet.

Pour tous les aspects ne faisant pas l'objet d'une dérogation ou d'un aménagement précisé aux conditions particulières du contrat d'adhésion, il sera fait application des présentes Conditions Générales.
Le contrat a pour objet d'accorder aux bénéficiaires définis à l'article 3 une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité sociale française en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les conditions du contrat mises en œuvre par l'adhérent auprès de l'Institution sont celles d'un contrat collectif obligatoire pris en application d'un acte mettant en place le régime de frais de santé conformément à l'article L911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur). En conséquence, aucun salarié ne peut renoncer au contrat sauf à solliciter un cas de dispense sous la responsabilité de l'adhérent dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur (nonobstant les dispositions relatives à l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et les dispositions relatives aux cas de dispense de droit au sens de l'article L911-7 du code de la sécurité sociale et de ses textes d'application, les cas de dispense doivent être expressément mentionnés par l'acte juridique définissant le régime).

Article 2 – Entrée en vigueur – Reconduction du contrat – Résiliation

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières du contrat d'adhésion. Il est souscrit par l'adhérent, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.
Le contrat se renouvelle chaque année à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée.

Article 3 – Personnel garanti et bénéficiaires

Sont assurées au titre du présent contrat les personnes appartenant à la ou aux catégorie(s) mentionnée(s) aux conditions particulières du contrat d'adhésion affiliées pour elles-mêmes et le cas échéant les bénéficiaires ci-après définis.
L'adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses nouveaux salariés, sauf application sous sa responsabilité d'un cas de dispense d'affiliation visé à l'article 1.
Sont bénéficiaires des garanties du contrat :

1. l'assuré social affilié dénommé « participant »,
2. et, par extension selon les modalités prévues aux conditions particulières du contrat d'adhésion :

- **son conjoint,**
- **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 et n'est pas ayant droit du participant au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

- **les enfants à charge répondant à la définition suivante :**
  - les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale 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,
  - 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.

Dans le cadre de la structure de cotisation « adulte/enfant », à compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge, cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

- **toute personne à charge du participant, au sens des assurances sociales.**

Modalités des affiliations
Les participants rempliront un bulletin d'affiliation, afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.
L'Institution se réserve le droit, à tout moment, de demander au participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par son affiliation (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale ; avis d'imposition).

Article 4 – Date d'effet des garanties

Les garanties définies au chapitre II prennent effet :
- à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés présents à l'effectif,
- à la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat.

Article 5 – Suspension du contrat de travail

Les garanties mises en place dans l'entreprise doivent être a minima maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- 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.

La contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève le participant, doit être maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime.

Article 6 – Cessation des garanties

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du présent contrat.

De plus, pour tout participant et ses éventuels bénéficiaires, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'adhérent ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité, le dernier jour du mois au cours duquel prend fin la période de portabilité.

Article 7 – Maintien des garanties après cessation du contrat de travail

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 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 reprend un autre emploi, dès qu'il 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 présent 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'adhérent et/ou le participant doivent :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent contrat 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. 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 :

- la reprise d'un autre emploi,
- 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.

Information de l'Institution en cas d'augmentation du nombre de bénéficiaires du dispositif de portabilité

L'adhérent devra informer l'Institution de toute action mise en œuvre entrainant une augmentation du nombre de bénéficiaires du dispositif de la portabilité :

- licenciement à caractère collectif (Plan de Sauvegarde de l'Emploi,...)
- tout recours exceptionnel à un emploi massif de CDD qui augmenterait de plus de 20 % la part de ces salariés dans l'effectif global pendant une période supérieure à 3 mois.

Le nombre de salariés, leur ancienneté et la période concernée devront être transmis par l'adhérent, dans les deux mois de la mise en œuvre.

Maintien des garanties à titre individuel

En cas de cessation des garanties, le participant et ses bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention dont les conditions leur seront communiquées par l'Institution.

Cette possibilité est également offerte aux bénéficiaires du participant décédé.

Sous réserve que la demande d'adhésion

individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation du participant au présent contrat ou suivant l'expiration de la période de portabilité des droits, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Article 8 – Cotisations

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

Montant des cotisations
Il est déterminé selon l'effectif affilié dans la catégorie définie aux conditions particulières du contrat d'adhésion et est mentionné dans celles-ci.
A cet effet, l'adhérent devra fournir à l'Institution une photocopie de sa DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés relevant de la catégorie définie aux conditions particulières du contrat d'adhésion, non seulement au moment de l'adhésion, mais aussi chaque année, afin de déterminer la tarification.

Paiement
Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu, sauf stipulations contraires figurant aux conditions particulières du contrat d'adhésion.
Les cotisations doivent être versées à l'Institution dans le premier mois de chaque trimestre civil, pour le trimestre écoulé.
L'adhérent est responsable du paiement des cotisations.
En cas de non paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, les garanties sont suspendues, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.
Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.

Indexation
Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux conditions particulières du contrat d'adhésion peuvent être indexées au 1er janvier et au 1er juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :
- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global du portefeuille de l'Institution.

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'adhérent.
Lorsque l'adhérent s'oppose à l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours (pour une indexation au 1er janvier) ou le 15 juin de l'année en cours (pour une indexation au 1er juillet), le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié, selon la date d'effet de l'indexation, au 31 décembre ou au 30 juin de l'année en cours.
A défaut d'opposition notifiée par l'adhérent sur l'indexation dans les conditions énoncées ci-dessus, les cotisations indexées sont appliquées.

Révision
Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux conditions particulières du contrat d'adhésion peuvent être révisées au 1er janvier de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui prend en compte l'équilibre (rapport prestations / cotisations) du contrat frais de santé de l'entreprise ou du groupe d'entreprises clairement identifié aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

La révision des cotisations ainsi définie est communiquée à l'adhérent.
Lorsque l'adhérent s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à la révision, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'adhérent sur la révision avant le 10 décembre de l'année en cours, le contrat est reconduit sur la base des cotisations révisées.
Les nouvelles cotisations sont formalisées par avenant au contrat.

Article 9 – Prescription des actions

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
2° 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'adhérent, 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'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et

suivants du code civil, ainsi que 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 avec demande d'avis de réception adressée par l'Institution à l'adhérent, 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.

Chapitre 2 – Définition des garanties

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Article 10 – Niveau des garanties

Le niveau des prestations garanties est indiqué aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

Article 11 – Frais garantis

Sont couverts, sauf stipulations contraires dans les conditions particulières du contrat d'adhésion, 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 la Sécurité sociale française 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 au contrat en fonction de la formule de couverture retenue.
Dans tous les cas, les prestations versées au titre du présent contrat interviennent sous déduction du remboursement opéré par les régimes de base de la Sécurité sociale française en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Maternité / Adoption
Les garanties « Maternité » prévues au contrat n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle la bénéficiaire reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.
Lorsque les conditions particulières du contrat d'adhésion le prévoient, l'Institution verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.
Le forfait maternité du participant est également versé 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.

Article 12 – Limites des garanties – Exclusions

Pendant la période de garantie, 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.
Sauf indication contraire aux conditions particulières du contrat d'adhésion, ne donnent pas lieu à remboursement :

- **les frais de soins :**
  - **engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-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 le bénéficiaire 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 française et selon les garanties prévues au 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,**
  - **au titre de la législation sur les pensions militaires,**
  - **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,**
  - **au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.**
- **les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale,**

- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique,

- 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.

*montant minimum non pris en charge par l'Institution pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite

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

Pour les frais conséquents 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 conséquents 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'Institution se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, 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 toute autre indemnisation de la part de l'Institution.

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

Qu'ils soient demandés par l'Institution ou produits spontanément par le bénéficiaire, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'Institution peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du bénéficiaire. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'Institution.

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 et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de Sécurité sociale. Cette limite ne s'applique pas à la prise en charge du forfait journalier hospitalier facturé en établissement psychiatrique en secteur non conventionné.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le bénéficiaire doit transmettre à l'Institution 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 13 - Plafond des remboursements

Si le présent contrat prévoit une intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la Sécurité sociale 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.

En toute hypothèse, la participation de l'Institution ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge du bénéficiaire après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé.

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 contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

Chapitre 3 – Règlement des prestations

Article 14 – Présentation des dossiers

Les demandes de remboursement sont adressées par le bénéficiaire à l'Institution.

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 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,
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Acupuncture / Ostéopathie / Chiropractie, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée,
- 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 de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'Institution 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 prise en charge au titre de la garantie « Bien être », le formulaire élaboré à cet effet par l'Institution.

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 CCAM 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 la prestation, est tenu à la disposition des bénéficiaires sur simple demande.
Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

Article 15 – Paiement des prestations

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du participant ou celui d'un autre bénéficiaire le cas échéant. A cet effet, un relevé d'identité bancaire devra être remis avec chaque bulletin d'affiliation.
Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par l'Institution, les prestations sont réglées dans un délai maximum de vingt jours.

Article 16 – Tiers payant

Chaque participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par la dite carte en conformité avec les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale.
Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le contrat.
Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de l'Institution.
L'adhérent s'engage, si la carte de Tiers Payant est en cours de validité, 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'adhérent ou la résiliation du contrat.
L'adhérent restituera les sommes payées par

l'Institution, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.
Pour la période de maintien des droits définie à l'article 7 des présentes Conditions Générales, 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 à restituer la carte de Tiers Payant à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant cette cessation anticipée.
Le participant ayant bénéficié du dispositif de portabilité restituera les sommes payées par l'Institution, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

Article 17 – Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'Institution délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis aux conditions particulières du contrat d'adhésion) normalement laissés à la charge du bénéficiaire dans la limite des garanties.
Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, l'Institution délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, le bénéficiaire est tenu de fournir à l'Institution les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

Article 18 – Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'Institution à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'Institution est subrogée au bénéficiaire 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 19 – Dispositions diverses

Litiges judiciaires
Tout litige judiciaire issu de l'application du présent contrat, entre l'adhérent et/ou le bénéficiaire et l'Institution, est, de convention expresse entre les parties au présent contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de l'Institution.

Réclamation – médiation
Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance / santé à :

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX

Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.
En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola- Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations d'AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées par courrier au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

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

- 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 ;

- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'Institution de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents 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 aux obligations légales et règlementaires de l'Institution, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;

- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

L'Institution peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; l'Institution ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

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

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi.

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 les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

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

Autorité de contrôle

L'Institution AG2R Prévoyance est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) : 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les entreprises, une gamme étendue de solutions en protection sociale

Santé
Complémentaire santé collective

Prévoyance
Incapacité et invalidité
Décès
Dépendance

Retraite supplémentaire
Plan d'épargne retraite obligatoire (PERO)
Retraite supplémentaire à prestations définies (Article 39)

Épargne salariale
Plan épargne entreprise (PEE)
Plan épargne retraite collectif (PERCO)
Compte épargne temps (CET)

Passifs sociaux
Indemnités de fin de carrière (IFC)
Indemnités de fin de carrière et de licenciement (IFC / IL)

Engagement sociétal
Prévention et conseil social
Accompagnement

AG2R LA MONDIALE
14/16 bd Malesherbes
75008 PARIS

www.ag2rlamondiale.fr

072020-90585 rvb

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.