

Notice d'information

APS LA NEPTUNE

Anciens salariés des sociétés et anciennes sociétés de l'UES Veolia Eau – Générale des Eaux et des sociétés participantes aux activités sociales et culturelles communes du CSE central de l'UES Veolia Eau – GdE Contrats n° 0DV3203M, 0DV3204M
Garanties au 1^{er} janvier 2020

Sommaire

Présentation	3
Votre régime frais de santé.....	4
Vos garanties	4
Objet des garanties.....	18
Actes et frais garantis	18
Bénéficiaires des garanties	18
Début des garanties.....	18
Cessation des garanties	19
Maintien des garanties	19
Cotisations	19
Dispositions générales	21
Exclusions.....	21
Limites des garanties.....	21
Plafond des remboursements.....	22
Recours contre les tiers responsables	22
Prescription	22
Réclamations - médiation	22
Protection des données à caractère personnel.....	23
Autorité de contrôle.....	24
Modalités de gestion.....	25
Votre affiliation	25
Vos remboursements.....	25
Quelques informations utiles	28
La téléconsultation médicale	32
Qu'est-ce qu'une téléconsultation médicale ?.....	32
Comment ça marche ?	32
Mes services.....	33
Découvrez notre application mobile « Ma santé »	33
Découvrez notre application mobile « service client »	33
La demande de remboursement de soins devient digitale.....	34

Présentation

APS La Neptune a mis en place un régime de frais de santé facultatif au profit des **anciens salariés retraités** des sociétés et anciennes sociétés de l'UES Veolia Eau – Générale des Eaux et des sociétés participantes aux activités sociales et culturelles communes du CSE central de l'UES Veolia Eau – GdE (dénommée ci-après « périmètre »).

Peuvent également bénéficier de ce régime, les anciens salariés de l'UES Générale des Eaux, âgés de moins de 62 ans et **non retraités**, à conditions de demander leur affiliation dans les 6 mois qui suivent leur départ de l'entreprise ou dans les 6 mois suivant la fin de période de portabilité. Au-delà de l'âge de 62 ans, ils seront affiliés au titre de la catégorie « retraités » et se verront appliquer les tarifs correspondant.

Les garanties du régime frais de santé facultatif comprennent, au choix de l'ancien salarié, un régime « de base » et un régime « amélioré ».

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par ViaSanté Mutuelle (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), la mutuelle nationale de AG2R LA MONDIALE, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, et gérée par AG2R Prévoyance.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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

Votre régime frais de santé

Changement de régime / de formule

Régime « de base » vers régime « amélioré »

Si vous n'avez pas souscrit au régime « amélioré » lors de votre affiliation ou si vous vous affiliez au régime « amélioré » plus de 6 mois après votre départ en retraite (ou celui de votre conjoint, ou concubin ou partenaire de PACS), ou après la fin de la période de portabilité, il sera appliqué les délais de carence suivants :

- 3 mois pour les frais médicaux courants ;
- 6 mois pour les frais de prothèses dentaires, orthodontie, appareils dentaires.

Ces délais peuvent être supprimés si les frais occasionnés sont consécutifs à un accident.

Durant la période de carence, les prestations du régime « de base » sont maintenues.

Toutefois, l'affiliation peut se faire sans délai de carence, sur justification de l'une des situations suivantes : mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, divorce, décès, naissance du 1^{er} enfant.

Régime « amélioré » vers régime « de base »

Ce changement ne peut se faire qu'après un délai de 3 ans, au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année, avec un délai de prévenance de 2 mois.

Formule « isolé » vers « famille » et « famille » vers « isolé »

Ces changements de formule peuvent être accordés dans l'une des situations suivantes : mariage, PACS, concubinage, divorce, décès, naissance du 1^{er} enfant, départ à la retraite du conjoint.

Vos garanties

Régime « de base »

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

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

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	
– Pour le secteur conventionné	300 % de la BR
– Pour le secteur non conventionné	75 % des FR, dans la limite de 250 % de la BR avec un minimum garanti de 100 % de la BR
Frais de séjour en maison de repos, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle	
– Pour le secteur conventionné	300 % de la BR
– Pour le secteur non conventionné	75 % des FR, dans la limite de 250 % de la BR avec un minimum garanti de 100 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	300 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	75 % des FR, dans la limite de 200 % de la BR
Chambre particulière	
– Pour le secteur conventionné	45 € par jour
– Pour le secteur non conventionné	30 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 12 ans (sur présentation de justificatif)	100 % des FR

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	200 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	135 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	135 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	190 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	135 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	190 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	135 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, psychologues, pédicures / podologues ⁽¹⁾	25 € par acte, dans la limite de 5 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	300 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

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

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	260 % de la BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

À COMPTER DU 01/01/2021

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
--	--

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	260 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

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

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

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

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

Dentaire

Postes

Niveaux d'indemnisation

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
---	---

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay core	300 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	300 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay core	300 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	300 % de la BR

Soins

Inlay, onlay	
– Inlay, onlay du panier maîtrisé ⁽²⁾	125 % de la BR dans la limite des HLF

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
– Inlay, onlay du panier libre ⁽³⁾	125 % de la BR
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	450 % de la BR
Parodontose	100 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	300 % de la BR

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

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

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	75 € (RSS inclus)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 6 % du PMSS par année civile ⁽⁴⁾
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 6 % du PMSS par année civile

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

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

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

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

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

– variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;

– variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

– somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;

– variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;

– variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;

– variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

– les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;

– les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :

- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;

– les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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

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

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

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

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

(4) À l'épuisement de ce crédit, les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale restent prises en charge à hauteur de 100 % de la BR.

Grille Optique

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

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	80 €	80 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	97 €	97 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	80 €	80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	80 €	80 €
		SPH > 0 et S > + 6	97 €	97 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	97 €	97 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	97 €	97 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	97 €	97 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	97 €	97 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	97 €	97 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	97 €	97 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	97 €	97 €
		SPH > 0 et S > + 8	97 €	97 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	97 €	97 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement	RSS + 10 % du PMSS
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	10 % du PMSS
Téléconsultation médicale ⁽¹⁾	Oui

(1) Service de téléconsultation médicale réalisé par MédecinDirect (voir modalités page 32 de la présente notice).

Régime « amélioré »

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

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

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referenc/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes

Niveaux d'indemnisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour

– Pour le secteur conventionné

300 % de la BR

– Pour le secteur non conventionné

75 % des FR, dans la limite de 300 % de la BR avec un minimum garanti de 100 % de la BR

Frais de séjour en maison de repos, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle

– Pour le secteur conventionné

300 % de la BR

– Pour le secteur non conventionné

75 % des FR, dans la limite de 300 % de la BR avec un minimum garanti de 100 % de la BR

Forfait hospitalier

100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Honoraires

– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires

• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.

300 % de la BR

• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.

200 % de la BR

• Pour le secteur non conventionné

75 % des FR, dans la limite de 200 % de la BR

Chambre particulière

– Pour le secteur conventionné

45 € par jour

– Pour le secteur non conventionné

30 € par jour

Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 12 ans (sur présentation de justificatif)

100 % des FR

Hospitalisation	
Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport	
Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	400 % de la BR

Soins courants	
Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	320 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	160 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	320 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	160 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	470 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	160 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour le secteur conventionné, médecins adhérents à un D.P.T.M.	470 % de la BR
• Pour le secteur conventionné, médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	160 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, psychologues, pédicures / podologues ⁽¹⁾	25 € par acte, dans la limite de 5 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % des FR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	500 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

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

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
JUSQU'AU 31/12/2020	
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale	
Aides auditives	300 % de la BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR
À COMPTER DU 01/01/2021	
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽⁴⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	300 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

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

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

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay core	400 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	400 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay core	400 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	400 % de la BR
Soins	
Inlay, onlay	
– Inlay, onlay du panier maîtrisé ⁽²⁾	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay, onlay du panier libre ⁽³⁾	125 % de la BR
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	450 % de la BR
Parodontose	100 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	300 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	350 % de la BR

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

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

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

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 12 % du PMSS par année civile ⁽⁴⁾
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 12 % du PMSS par année civile

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

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

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

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

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

– les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;

– les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :

- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;

– les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

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

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

(4) À l'épuisement de ce crédit, les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale restent prises en charge à hauteur de 100 % de la BR.

Grille Optique

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

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	160 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	193 €	193 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	193 €	193 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	193 €	193 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	193 €	193 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	193 €	193 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	193 €	193 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	193 €	193 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	193 €	193 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	193 €	193 €
		SPH > 0 et S > + 8	193 €	193 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	193 €	193 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement	RSS + 20 % du PMSS
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	20 % du PMSS
Téléconsultation médicale ⁽¹⁾	Oui

(1) Service de téléconsultation médicale réalisé par MédecinDirect (voir modalités page 32 de la présente notice).

Objet des garanties

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

Actes et frais garantis

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

Maternité – adoption

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

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

Bénéficiaires des garanties

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

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

Début des garanties

- À la date de votre départ en retraite ou de la fin de la période de portabilité, si vous en formulez la demande dans les 6 mois suivant votre départ en retraite ou la fin de la période de portabilité et ce, moyennant le paiement de l'arriéré de cotisations ;
- ou le 1^{er} jour du mois suivant la signature du bulletin d'affiliation.

Aucune affiliation ne peut être faite au-delà de 3 ans après votre départ en retraite ou la fin de la période de portabilité ou celle de votre conjoint (ou concubin ou partenaire de PACS).

L'affiliation ne peut être faite qu'après le départ en retraite de l'assuré ou la fin de la période de portabilité. Lorsque l'assuré souscrit une garantie « famille », il ne peut adhérer qu'au moment du départ en retraite ou de la fin de la période de portabilité du plus jeune des deux membres du couple.

Cessation des garanties

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

- à l'expiration du mois au cours duquel vous n'avez plus la qualité de membre de l'Association (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel vous avez perdu votre qualité de membre de l'Association) ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'Association ;
- en cas de résiliation de votre part.

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvellent à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif CMU pour sa partie complémentaire.

Par ailleurs, si vous ouvrez droit au bénéfice de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (telle que définie à l'article L.863-2 du Code de la Sécurité sociale), vous pouvez demander la résiliation de votre affiliation, y compris en cours d'année. Cette résiliation intervient au plus tard le 1^{er} du deuxième mois suivant votre présentation d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L.863-6 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

La résiliation par l'ancien salarié s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires des garanties relevant de ce dernier.

Maintien des garanties

En cas de cessation des garanties collectives

En cas de cessation de la garantie collective, 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 de l'assuré 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 cessation de la garantie collective, il ne sera pas fait application de période probatoire ni exigé de formalités médicales.

Cotisations

Les cotisations sont structurées en fonction de votre situation de famille.

Elle sont prélevées, mensuellement à terme d'avance, sur votre compte bancaire.

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de votre échéance, il vous est adressé une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, vous êtes informé de la cessation automatique de la garantie.

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

Exonération de cotisations

Si vous vous affiliez dans les 2 mois suivant votre départ en retraite, ou celui de votre conjoint (ou concubin ou partenaire de PACS), vous bénéficiez d'une exonération de cotisation pendant les 2 premiers mois. De même, les anciens salariés issus du Plan de départ volontaire qui s'affilient au moins 12 mois à la garantie ont la possibilité, à l'issue de cette période, de bénéficier de 2 mois gratuits s'ils poursuivent leur affiliation.

Cette exonération ne s'applique pas aux anciens salariés non retraités, ni lors de leur affiliation initiale, ni lors de leur affiliation à l'âge de 62 ans dans la catégorie « retraités » du régime frais de santé.

Dispositions générales

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

Exclusions

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

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

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

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

Sont également exclues les prises en charge :

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

Limites des garanties

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

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

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

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

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

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

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

Plafond des remboursements

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

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

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

Recours contre les tiers responsables

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Réclamations - médiation

Toute réclamation doit être formulée dans les deux ans qui suivent la date de paiement ou le refus de prise en charge d'une prestation.

Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant un courrier à l'adresse suivante :

– 1 Avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN Cedex 9 ;

ou par courrier électronique à l'adresse suivante :

– contact.reclamation@viasante.fr

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du contrat, l'assuré peut avoir recours au médiateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'administration, en adressant un courrier au siège de la Mutuelle ou un courrier électronique à l'adresse suivante :

– conciliation@viasante.fr

Si le désaccord persiste, la personne morale souscriptrice pourra alors saisir le service fédéral de médiation de la Mutualité française - 255 rue de Vaugirard - 75015 PARIS.

La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de ViaSanté Mutuelle visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP :

– soit par courrier, à l'adresse suivante : **Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris** ;

– soit en ligne, à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

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

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

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

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

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

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

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

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

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Vous disposez de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à ViaSanté Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD), à l'adresse postale suivante : 1 avenue Carsalade du Pont, CS 89921, 66866 Perpignan cedex 9 ou par courriel à DPD@viasante.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez 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.mutuelle-viasante.fr>

Autorité de contrôle

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

Modalités de gestion

Votre affiliation

Vous remplissez le bulletin d'affiliation qui a été mis à votre disposition et vous y joignez :

- la photocopie de votre attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire 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 : 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.

ATTENTION : afin de pouvoir être couverts par les garanties souscrites, tous les bénéficiaires doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement, de signaler à l'organisme assureur tout changement de situation familiale.

Vos remboursements

Télétransmission

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

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

- si votre demande de remboursement complémentaire concerne des frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais ne faisant pas l'objet d'une télétransmission automatique ;
- si votre remboursement ne vous est pas parvenu normalement, ou sur demande expresse de l'organisme assureur.

Si un (ou plusieurs) de vos ayants droit, couvert(s) par la présente garantie, possède(nt) à titre personnel une autre garantie complémentaire auprès d'un autre organisme assureur (souscrite ou non par l'employeur) :

- en premier lieu, il doit demander le remboursement de ses frais de santé auprès de cet organisme ;
- puis s'il reste des frais à sa charge, il peut en demander le remboursement au titre de la présente garantie, dans la limite des montants maximums définis dans la présente notice.

Dans ce cas, la télétransmission automatique des données ne peut s'opérer, et il convient d'adresser à l'organisme assureur l'original du décompte de l'organisme assureur ayant remboursé la première partie des frais.

La télétransmission automatique des données peut également ne pas s'opérer si un (ou plusieurs) de vos ayants droit, couvert(s) par la présente garantie, est assuré par certains régimes de base spécifiques. Dans ce cas, il convient d'adresser à l'organisme assureur les décomptes originaux des règlements de frais de santé effectués par ces régimes de base.

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

Païement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont vous aurez transmis les coordonnées bancaires à l'organisme assureur.

Les prestations frais d'obsèques sont réglées, sur présentation de justificatif, à la personne ayant assumé les frais.

L'organisme assureur doit vous adresser un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur www.ag2rlamondiale.fr/

Liste des justificatifs nécessaires

Pour les frais de santé mentionnés ci-après, vous devez adresser à l'organisme assureur les justificatifs correspondants, nécessaires à l'organisme assureur pour le traitement des remboursements (dans la limite des frais réellement engagés, et sous réserve que ces frais soient mentionnés au tableau des garanties de la présente notice).

Hospitalisation médicale et chirurgicale

- Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière :
 - clinique : bordereau de facturation acquitté mentionnant la Discipline Médico Tarifaire (code DMT ou DCS),
 - hôpital : avis des sommes à payer mentionnant le mode de traitement (code MT) + attestation de paiement.
- Dépassements d'honoraires : bordereau de facturation acquitté précisant la base de remboursement et le montant du dépassement (joindre devis si établi précédemment).

Dentaire

- Prothèses dentaires remboursées et non remboursées : décompte de l'assurance maladie obligatoire (si prothèse remboursée et pas de télétransmission) et facture détaillant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée,
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM),
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.
- Orthodontie non remboursée : facture acquittée précisant les dates de début et de fin de période (trimestre, semestre, contention).

Optique

- Lunettes et lentilles remboursées : facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- Lentilles non remboursées : facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.

Cures thermales

- Frais de traitement et honoraires : facture des soins acquittée.
- Forfait cure (frais de voyage et d'hébergement) : décompte de l'assurance maladie obligatoire sur lequel figure l'acte « Honoraires de surveillance thermale ».

Consultations non remboursées

- Consultations non remboursées : notamment ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, acupuncteur, pédicure / podologue : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées.

Autres frais

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

- en cas de garantie maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département ;
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

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

Dans tous les cas nécessitant l'envoi de justificatifs, afin de faciliter le traitement de votre dossier, précisez systématiquement le numéro d'assuré social du bénéficiaire des soins.

Les devis et factures adressés à l'organisme assureur font l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale ou demander tout élément complémentaire à l'étude. Dans ce cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

À tout moment, l'organisme assureur peut vous demander de produire des justificatifs supplémentaires pour le traitement de vos demandes de remboursements de frais.

Tiers payant : les frais pris en charge dans le cadre du tiers payant et pour lesquels vous n'effectuez aucune avance de frais ne nécessitent pas de pièces justificatives, sauf la présentation de votre carte de tiers payant.

Tiers payant

Chaque assuré complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une carte de tiers payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le régime.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

- l'attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire ;
- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

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

Carte de tiers payant

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte de tiers payant ; votre carte vous évite l'avance de frais. Dans le cas contraire, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien, qui doit vous remettre une facture acquittée.

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé en établissement conventionné (uniquement), l'organisme assureur vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base des garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge, sauf mention contraire expressément prévue dans votre tableau de garanties (sur production de justificatif).

Pour cela, présentez votre carte de tiers payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche pour vous.

Vous pouvez également demander la prise en charge directement à l'organisme assureur :

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

En matière d'optique

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

Pour savoir si votre opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné dans votre tableau de garanties et/ou sur votre carte de tiers payant, contactez l'organisme assureur :

- en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur www.ag2ramondiale.fr/
- avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante
- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

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

Réseau ITELIS

Vous pouvez bénéficier du réseau Itelis dans certains domaines comme l'optique et l'audioprothèse ; les services sont disponibles sur le site internet www.itelis.fr/particulier-offre-info/ Vous pouvez également consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante/

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'envoie à l'organisme assureur. En retour, il vous est notifié le montant de l'intervention complémentaire sur chaque acte dentaire.

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent

notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de base de remboursement. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à la respecter.

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

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les bases de remboursement. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs de prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C. Les professionnels de santé « non conventionnés » fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité » très inférieur à la base de remboursement.

Établissements de santé

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

Médecin traitant et correspondant

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

Parcours de soins coordonnés

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

Médecins non conventionnés

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

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

Option pratique maîtrisée (OPTAM) / Option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

La Sécurité sociale a proposé aux professions médicales pratiquant les dépassements d'honoraires une nouvelle convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. À ce titre, les honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM-CO sont mieux remboursés (base de remboursement Sécurité sociale supérieure et meilleur remboursement de la complémentaire).

Rendez-vous sur « annuaire.sante.ameli.fr » pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO.

Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

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

Franchise

C'est une somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

Son montant est de :

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

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

Qu'est-ce que le 100% santé ?

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

Pourquoi une telle mesure ?

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

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

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

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

En quoi consiste cette réforme ?

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

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

Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé responsable* (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), vous pouvez bénéficier des offres de soins « 100% santé ». Celles-ci sont incluses dans les obligations de votre complémentaire et doivent vous être systématiquement proposées par votre opticien, votre audioprothésiste ou votre dentiste, quels qu'ils soient, partout en France. Votre liberté de choix est néanmoins préservée puisque vous conservez à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

Ce qui change en optique

- Votre opticien doit vous proposer une gamme constituée d'au moins 17 montures adultes et 10 montures enfants en 2 coloris différents, à moins de 30 €.
- Les verres corrigent l'ensemble des troubles visuels et comportent des traitements obligatoires (amincissement, anti-rayures et anti-reflet).
- Vous avez la possibilité de « panacher » l'offre (c'est-à-dire opter pour des verres sans reste à charge et une monture à tarif libre).

Ce qui change en dentaire

Près de la moitié (46 %) des actes prothétiques sont intégralement remboursés.

Vous pouvez bénéficier d'un large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux dont la qualité esthétique sera adaptée à la localisation de la dent (visible ou non visible).

Ce qui change en audiologie

Les équipements proposés dans ce panier sont de qualité, en termes d'esthétique (dispositifs intra-auriculaires...) mais aussi de performance technique (12 canaux de réglage, amplification sonore d'au moins 30 décibels, système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, etc.)

La base de remboursement des aides auditives par l'assurance maladie obligatoire est doublée (jusqu'à 400 €/oreille).

Quand peut-on bénéficier du 100% santé ?

La réforme se déploie par étape, suivant un calendrier différent selon les secteurs.

Dès 2019, les restes à charge des assurés diminuent progressivement, jusqu'au remboursement total à compter du 1^{er} janvier 2021.

* Les contrats dits responsables répondent à un certain nombre d'obligations fixées par réglementairement ; en contrepartie, ils se voient appliquer certains avantages fiscaux et sociaux.

La téléconsultation médicale

Vous pouvez profiter dès maintenant du nouveau service de téléconsultation médicale.

Ce service est inclus dans les services de votre complémentaire santé VIASANTÉ Mutuelle, c'est simple et sécurisé !

Qu'est-ce qu'une téléconsultation médicale ?

La téléconsultation médicale est une consultation médicale à distance soit par téléphone, soit par mail sécurisé soit encore par vidéo. Ce qui change du téléconseil médical, tel que nous le faisons avant, c'est la capacité du médecin de vous accompagner et de vous proposer un diagnostic médical et une ordonnance éventuelle, sous réserve que le médecin de MédecinDirect puisse avoir le maximum d'informations de votre part. Attention seuls sont autorisés les actes mentionnés à l'article R6316-1 du Code de la Santé Public.

Cette évolution majeure est rendue possible grâce à un contrat signé télémédecine avec l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et une autorisation de la CNIL.

Comment ça marche ?

Un service de téléconsultation médicale est intégré à votre contrat Frais de Santé. Ce nouveau service vous permet et le cas échéant à vos ayants-droit de bénéficier de consultations médicales à distance, (avec un diagnostic le cas échéant une ordonnance), dans le cadre autorisé par le Code de la Santé Publique, par téléphone au 09 74 59 59 84 ou par internet à l'adresse suivant :

– www.medecindirect.fr

VIASANTÉ Mutuelle a fait appel à MédecinDirect – Société par actions simplifiée – Siège social : 1 Chemin de de Saulxier 91160 Longjumeau – Immatriculée au RCS sous le numéro 508 346 673, habilitée à réaliser de la téléconsultation médicale, en vertu d'un contrat signé avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France le 14/12/2015 et d'une autorisation de la CNIL (Délibération N ° 2016-184 du 16/06/2016).

Le service de téléconsultation médicale MédecinDirect est présenté sur le site figurant à l'adresse suivante :

– www.medecindirect.fr/teleconsultaion/

Mes services

Découvrez notre application mobile « Ma santé »

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

- Localisez les pharmaciens, médecins, dentistes, opticiens et autres professionnels de santé qui acceptent votre carte de tiers payant autour de vous.
- Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante>

L'application mobile « Ma santé » en détail

Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

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

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

Les autres services santé

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- Demander en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol) : en cas de perte de votre carte de tiers payant, ou si vous souhaitez obtenir un duplicata de votre carte pour un membre de votre famille, vous pouvez effectuer une demande de réédition de votre carte depuis votre espace client AG2R LA MONDIALE. Un service simple, gratuit et rapide !
- Localiser un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant près de chez vous : avec notre Groupe, vous bénéficiez d'avantages négociés auprès de nos opticiens et de nos audioprothésistes partenaires. Choisir AG2R LA MONDIALE, c'est choisir un groupe qui vous propose une gamme complète de services pour votre santé à des prix adaptés à votre budget.
- Recevoir une alerte remboursement santé par e-mail : avec le service de suivi des remboursements santé, recevez une alerte par e-mail lorsqu'un remboursement est effectué sur votre compte bancaire. Un service gratuit, disponible 7j/7, 24h/24.

Découvrez notre application mobile « service client »

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

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/

La foire aux questions (FAQ)

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

Les numéros de service client

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

La disponibilité du service client

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

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

Nouveauté : faites-vous rappeler !

Ne perdez plus de temps, soyez rappelé au numéro de votre choix dès qu'un conseiller est disponible.
Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

La demande de remboursement de soins devient digitale

Quelques clics et puis c'est tout

Désormais, chacun peut déposer simplement en quelques clics, depuis son espace client, ses justificatifs de demandes de remboursement.

Et après ? L'aiguillage se fait automatiquement vers le centre de gestion attitré et la procédure habituelle suit son cours.

À vous de jouer !

Connectez-vous dès maintenant pour découvrir ce nouveau service sur votre espace client :

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/>

Vous n'êtes pas encore inscrit ? Créez votre compte en quelques clics :

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/inscriptions/>

Pour toute information, n'hésitez pas,
contactez-nous.

Pour votre affiliation
AG2R LA MONDIALE
Affiliations santé
12 Rue Edmond POILLOT
28931 CHARTRES Cedex 09

Pour vos prestations
AG2R LA MONDIALE
TSA 80001
69955 LYON CEDEX 20

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

Garantie prévoyance individuelle
Garantie accident
Garanties obsèques
Assurances perte d'autonomie
Aide aux aidants

Autres produits

Santé animaux
Crédit
Tourisme
Pleine Vie
Protection juridique

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social