

BUT

**FRAIS DE SANTE
SURCOMPLEMENTAIRE
OBLIGATOIRE**

Remboursement des Frais Médicaux et Chirurgicaux



Membre du groupe  AG2R LA MONDIALE

143, avenue Aristide Briand – BP 2439 – 68067 MULHOUSE CEDEX
Tél. : 03 89 56 85 00 - Fax : 03 89 43 32 20
www.arpege-prevoyance.com

Madame, Monsieur,

Votre employeur a choisi d'adhérer auprès d'ARPEGE PREVOYANCE pour le régime Sur-Complémentaire Santé.

Il vous a remis ce document dans lequel vous trouverez les renseignements relatifs à la garantie retenue en matière de "Frais de Santé" et le détail des prestations auxquelles vous-même ou vos ayants droit pouvez prétendre.

Dans les premières pages sont exposés l'objet et le montant de cette couverture ainsi que les modalités pratiques à mettre en œuvre pour en percevoir les prestations.

Ne constituant qu'un résumé, ces modalités pratiques sont indissociables des dispositions réglementaires générales et particulières qui sont exposées dans les pages suivantes.

Si vous souhaitez de plus amples précisions, vous pouvez faire appel à nos services, par écrit ou téléphoniquement :

en ce qui concerne votre inscription ou celle de vos ayants droit,

Service Affiliation

au **03 89 56 87 93**

en ce qui concerne les prestations "Frais de Santé",

Service Prestations Frais de Santé

au **03 89 56 87 90**

LEXIQUE ET ABREVIATIONS

⇒ **BR = Base de remboursement : (aussi appelé Tarif de Responsabilité ou Tarif de Convention)**

- C'est le tarif des honoraires fixés par convention entre la sécurité sociale et les professionnels de santé. C'est sur cette base que la sécurité sociale calcule son remboursement. Il arrive qu'il soit inférieur aux frais réellement engagés.

⇒ **Chiffre-clé : (ou lettre-clé)**

- C'est l'unité monétaire de frais de soins fixée par la sécurité sociale. La consultation d'un généraliste est par exemple codifiée "C".

⇒ **Unité dentaire (UD) :**

- C'est la valeur unitaire interne (propre à ARPEGE PREVOYANCE) utilisée pour valoriser les "Autres actes dentaires" (actes dentaires non pris en charge par la sécurité sociale), définie au tableau récapitulatif des prestations.

⇒ **Ticket modérateur :**

- C'est la différence entre la base de remboursement et le remboursement de la sécurité sociale.

⇒ **Dépassement :**

- C'est la différence entre les frais réels et le tarif de convention de la sécurité sociale.

⇒ **PMSS :**

- C'est le Plafond Mensuel de la sécurité sociale.

⇒ **Base de remboursement fictif ou tarif de convention fictif de la sécurité sociale :**

- Base utilisée en cas de non remboursement par la sécurité sociale de certains actes. Dans ce cas le calcul des prestations de la mutuelle est fait sur la base du remboursement normalement prévu par la sécurité sociale lorsqu'elle prend en charge.

⇒ **Contrat "RESPONSABLE et SOLIDAIRE" :**

- Les garanties détaillées ci-après sont "Solidaire".
- La loi qualifie une complémentaire santé de "SOLIDAIRE" lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et ne subordonne pas leur inscription à la fourniture d'informations médicales.
- Les garanties détaillées ci-après ne sont pas « responsables ».
- Le décret du 18/11/2014 renforce les obligations faites aux contrats "Responsables" en définissant le panier minimum des garanties mais fixe également des plafonds de garanties applicables à certains postes de soins. Les garanties reprises ci-après vont au-delà de ces plafonds.

MODALITES PRATIQUES

La Garantie Frais de Santé :

Cette garantie a pour objet d'assurer, en complément aux prestations versées par la sécurité sociale, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux du participant et éventuellement de ses ayants droit.

BENEFICIAIRES

Bénéficiaire de la garantie :

- ⇒ En premier lieu le participant lui-même, comme "Affilié",
- ⇒ Par extension, et sur la base des prestations garanties à l'assuré lui-même*, en tant que "ayants droit" :
 - son conjoint ou son partenaire à un PACS, ou à défaut son concubin vivant sous son toit et dûment justifié
 - ses enfants, ou ceux du conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) auquel la garantie est étendue, sous réserve qu'ils soient :
 - ⇒ âgés de moins de 28 ans et qu'ils respectent l'une des conditions suivantes :
 - être à leur charge au sens de la sécurité sociale,
 - suivre des études secondaires ou supérieures,
 - suivre une formation professionnelle ou en alternance,
 - ou, à l'issue de l'une de ces situations et pour une durée d'un an, être inscrits au Pôle Emploi et à la recherche d'un premier emploi.
 - ◆ NB : La couverture est acquise jusqu'à ce que l'enfant ne réponde plus aux conditions détaillées ci-dessus et cesse en tout état de cause, immédiatement dès qu'il exerce une activité lui procurant un revenu supérieur au SMIC ou dès qu'il bénéficie en son nom propre d'une complémentaire santé.
 - ⇒ bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé avant leur 21^{ème} anniversaire (quel que soit leur âge).

PRESTATIONS

- ⇒ Les frais pris en charge :
 - Les dépenses indemnisées sont les frais médicaux et chirurgicaux, engagés par l'assuré ou l'un de ses ayants droit, qui auront donné lieu à un remboursement de la sécurité sociale française avec une date de soins se situant pendant la période d'assurance.
 - Par dérogation, certains frais exposés pendant cette même période qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'auront pas ouvert droit à remboursement de la sécurité sociale pourront également donner lieu à prestation de la part de l'Institution de Prévoyance.
 - ⇒ Il en va de même pour certains frais médicaux qui ne figurent pas dans la nomenclature de la sécurité sociale.
 - ⇒ La date des soins retenue sera, dans tous les cas, celle figurant sur le décompte de l'organisme de sécurité sociale ou sur la facture du professionnel de santé pour les actes non remboursés par la sécurité sociale et ne figurant pas sur ses décomptes.
- ⇒ Les prestations de l'Institution de Prévoyance sont calculées, acte par acte, selon les coefficients stipulés dans le tableau ci-après, et sont limitées, en tout état de cause et tous régimes confondus, aux frais réellement engagés.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

REGIMES LOCAL ET GENERAL		Surcomplémentaire Non responsable (en complément de la Sécurité Sociale et du régime socle obligatoire en vigueur)
	Hospitalisation (y compris maternité)	-
	Frais de séjour	-
	Frais de séjour en établissements non conventionnés	-
	Honoraires de médecins signataires de l'OPTAM	-
	Honoraires de médecins non signataires de l'OPTAM	Frais réels
	Chambre particulière	-
	Participation forfaitaire de 18 €	-
	Forfait hospitalier	-
	Frais d'accompagnement enfant moins de 18 ans	-
	Frais de transport	-
	Soins courants	
	Pharmacie remboursée	-
	Consultations, Visites médecins signataires de l'OPTAM	+ 200% de la BR
	Consultations, Visites médecins non signataires de l'OPTAM	+ 200% de la BR
	Analyses, Soins infirmiers, Auxiliaires médicaux	-
	Radios, Actes de spécialités de médecins signataires de l'OPTAM	+ 200% de la BR
Radios, Actes de spécialités de médecins non signataires de l'OPTAM	+ 200% de la BR	
	Médecine Douce	
	Ostéopathe	-
	Vaccin contre la grippe	-
	Autres vaccins, sauf ceux préconisés pour les voyages à l'étranger	-
	Prothèses non dentaires	
	Prothèses auditives	-
	Autres prothèses	-

	Dentaire	-	-
	Soins dentaires remboursés	-	-
	Prothèses dentaires remboursées y compris prothèse sur implant	-	-
	Orthodontie remboursée	-	-
	Inlays, Inlays core	-	-
	Actes dentaires non remboursés (selon grille en annexe)	-	-
	Implants (hors pilier et prothèse)	-	-
	Optique	-	-
	Forfait optique verres simples adulte	-	-
	Forfait optique verres progressifs adulte	-	-
	Forfait optique verres simples – 18 ans	-	-
	Forfait optique verres progressifs – 18 ans	-	-
	Lentilles remboursées	-	-
	Lentilles non remboursées, Lentilles jetables	-	-
Chirurgie de l'œil non remboursée	-	-	
	Cures thermales remboursées	-	-
	Honoraires et soins de cure	-	-
	Frais d'hébergement et de transport	-	-
	Assistance	-	-
	Actes de prévention	-	-
	Densitométrie osseuse	-	-
	Amniocentèse non remboursée par la Sécurité Sociale	-	-
	Traitement nicotinique de substitution	-	-
	Autres : Prévention bucco-dentaire et santé de l'enfant, Dépistage, Vaccinations...	-	-
	Réseau de soins ITELIS (Dentaire, Optique, Audioprothèse et Chirurgie réfractive)	-	-

BR : Base de remboursement Sécurité Sociale **Pmss** : Plafond de la Sécurité Sociale soit 3269 € en 2017 **TM** : Ticket Modérateur
RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale **UD** : Unité Dentaire soit 2.15 € en 2017 **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Pour savoir si votre médecin est signataire ou pas, retrouvez cette information sur annuaire.sante.ameli.fr

LES FORMALITES PRATIQUES

FORMALITES :

- Pour l'inscription du salarié et éventuellement celle de ses ayants droit, l'employeur devra retourner à l'Institution de Prévoyance, dans un délai d'un mois à compter de son embauche, pour chaque participant, dûment complété et signé, un Bulletin Individuel d'Affiliation, *mentionnant clairement l'ensemble des ayants droit qu'il y a lieu de couvrir* et accompagné :
 - ☐ d'un relevé d'identité bancaire ou postal de l'assuré pour virement des prestations,
 - ☐ d'une copie de l'attestation jointe à la Carte Vitale du participant (et éventuellement à celle de ses ayants droit),
 - ☐ des justificatifs nécessaires (Attestation de vie commune en cas de concubinage, certificat de scolarité ou copie du contrat pour les enfants en situation de formation professionnelle ou en alternance, justification de l'inscription à Pôle Emploi pour ceux en recherche d'un premier emploi, etc....).
- En cas de changement de situation familiale du participant (ou de statut de l'un de ses ayants droit), il lui appartient d'en informer l'Institution de Prévoyance le plus rapidement possible et par tout moyen à sa convenance.

ADMISSION :

- L'admission du participant, ainsi que celle de ses ayants droit, sous réserve des formalités ci-dessus, est effective à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à celle de son embauche ou promotion dans la catégorie de personnel visée par la garantie sous réserve d'une condition d'ancienneté prévue par l'employeur.
- En cas de déclaration d'un(e) concubin(e) (ou partenaire à un PACS) ultérieurement à l'affiliation du participant, l'extension de la garantie à son profit prend effet au premier jour du mois suivant la réception par l'Institution de Prévoyance des justificatifs nécessaires.

SUSPENSION:

- Dans tous les cas, la garantie cesse pour l'affilié et ses ayants droit au jour où la suspension de son contrat de travail n'entraîne plus de versement par l'employeur d'un complément de salaire, sauf les cas dérogatoires visés dans l'accord collectif d'entreprise.

RADIATION :

- Dans tous les cas, la garantie cesse, pour l'affilié et ses ayants droit, au jour de sa radiation des effectifs de l'entreprise adhérente ou de la date d'effet de la résiliation du contrat.
- Pour les ayants droit, la couverture prend fin en tout état de cause au jour où ils cessent de remplir les conditions requises.

POURSUITE A TITRE INDIVIDUEL (HORS PORTABILITE):

- En cas de radiation du participant ou de l'un de ses ayants droit, une prolongation de couverture à titre individuel est possible auprès de MUTA-SANTE, Mutuelle d'ARPEGE PREVOYANCE.
- Vous trouverez tous les renseignements nécessaires sur le site d'ARPEGE PREVOYANCE www.arpege-prevoyance.com ou sur simple appel téléphonique au **03 89 56 87 92**.
- En cas de départ à la retraite du participant, le dispositif Loi Evin s'applique. Vous bénéficierez des renseignements nécessaires sur simple appel téléphonique au **03 89 56 87 92**.
- En cas de décès du participant, les ayants droit garantis du chef de l'assuré bénéficient du maintien de la couverture à titre gratuit pendant 12 mois.

LE REGLEMENT DES PRESTATIONS :

⇒ **Présentation des demandes de remboursement :**

Le "Système NOEMIE" est un service d'échanges informatiques permettant la transmission automatique des décomptes de votre régime de base vers notre organisme et vous assure d'un remboursement dans les 48 heures.

- Pour profiter du système "NOEMIE", il vous suffit d'envoyer à l'Institution de Prévoyance une photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale.
 - ☒ Ce service est proposé à nos assurés relevant des régimes de base (la grande majorité) avec lesquels nous avons mis en place ces échanges (CPAM, MGEL, MGEN, LMDE, ...).
 - ☒ Dès qu'il est activé, les décomptes de votre régime de base portent la mention :
"Informations transmises à votre organisme complémentaire"
et ne sont donc plus à nous communiquer dans leur version "papier".
- **Vérifiez la présence de cette mention**, en l'absence de laquelle nous vous invitons :
 - ☒ à nous transmettre l'original du décompte "papier", afin de nous permettre d'effectuer le remboursement complémentaire,
 - NB : Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, être adressées à l'Institution de Prévoyance dans les deux ans suivant la date des soins.
 - ☒ à contacter notre service "Affiliation" pour signaler le non fonctionnement de la télétransmission.
- **Attention** : Si l'un de vos ayants droit est assuré par un régime de base avec lequel nous ne procédons pas à ces échanges automatisés, il vous appartiendra de nous adresser **les originaux** des décomptes "papier" émis par cet organisme.

N'oubliez pas de nous signaler tout changement de situation affectant vos droits (changement d'organisme de base, de régime, de situation familiale ou professionnelle, ...), afin d'éviter toute interruption du "système NOEMIE" ou SP Santé (ci-dessous).

***Important** : Dans ce cas, il est **impératif de réinitialiser votre Carte Vitale** et de nous adresser un exemplaire de votre nouvelle attestation tenant compte des modifications intervenues.*

⇒ **Justificatifs à présenter :**

En complément aux informations transmises par votre régime de base (ou par vous-même), la prise en charge de certaines dépenses nécessite la fourniture systématique de justificatifs supplémentaires.

⇒ **Le paiement des prestations (hors Tiers payant et Prise en charge) :**

- Les prestations, dès lors que leurs montants cumulés atteignent 8€, sont immédiatement versées à l'assuré par virement bancaire ou postal. Rappelons qu'un relevé d'identité bancaire ou postal doit impérativement nous être communiqué dès votre inscription.
- Les petits montants sont en tout état de cause soldés une fois par semestre.
 - ☒ Un bordereau récapitulatif détaillé des prestations complémentaires versées vous est adressé, au plus tard 30 jours après le paiement, regroupant toutes les opérations effectuées durant cette période*.
 - ☒ A tout moment, vous pouvez consulter et télécharger les décomptes de vos remboursements complémentaires sur le site Internet www.arpege-prevoyance.com (**Espace "Assuré"** - rubrique "**Mes garanties Frais de Santé**") au moyen des codes confidentiels qui vous sont transmis au 1^{er} paiement. Ces e-décomptes ont la même valeur juridique que les relevés "papier".
 - ☒ * **ALERTE MAIL** : Vous pouvez vous abonner à un système d'alerte par mail, qui vous permettra d'être informé en temps réel de vos remboursements "Frais de Santé".
 - ◆ Ce service **gratuit et sécurisé** remplace alors l'envoi du décompte papier par voie postale et contribue à la protection de l'environnement.
 - ◆ Vous pouvez bien entendu vous en désabonner à tout moment !

⇒ **Paiement aux professionnels de santé :**

Certaines dépenses de santé peuvent donner lieu à un remboursement direct au professionnel de santé, soit par le biais d'une prise en charge, soit par un système de tiers payant.

Vous évitez ainsi d'avancer l'argent dans de nombreux cas comme illustré par les exemples figurant ci-dessous :

➤ **La carte de Tiers Payant SP SANTE :**

- ⇒ Si le système NOEMIE est mis en place, et dès lors que vous ne bénéficiez pas d'une autre complémentaire santé, l'Institution de Prévoyance vous adresse une attestation confirmant une ouverture de droit et renouvelable annuellement, tant que vous serez couvert par le présent contrat.
 - Elle peut ensuite être téléchargée et réimprimée autant de fois que nécessaire à partir de l'espace "Assuré" de notre site www.arpege-prevoyance.com.
 - Cette attestation doit être présentée au professionnel de santé qui ne peut accorder le tiers payant qu'aux personnes clairement mentionnées sur ces documents et durant sa période de validité.
 - **Si votre couverture cesse en cours d'année, il est de votre responsabilité de ne plus utiliser cette attestation et de le signaler aux professionnels de santé.**

Sp
santé

Codes

N° AMC : 94860004
 Typ conv : voir colonnes, CSR :
 N° d'adhérent : 00103493

ATTESTATION DE TIERS PAYANT
 ARPEGE PREVOYANCE 143 av. A. Briand - BP 2439 68067
 MULHOUSE CEDEX

Assuré social :
 N° INSEE : 1 (.....)
 Code GR : 01 682 Complément GR :

Période de validité :
 01/01/2016 au 31/12/2016

N° Contrat : 1016000608251000

Bénéficiaire(s) du tiers payant			Dépenses de santé concernées par le tiers payant (*)					
Nom - Prénom	Rang	Type conv	PHAR SP	RADL SP	LABO SP	HOSP OC	OPTI OC	EXTE OC
CHRISTIAN	1		100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (2)	100% (3)
LOUISE	1		100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (2)	100% (3)

(*) Règle de calcul 029 : Mt RC = 100%TR - MRO
 (1) FAIRE UNE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE A L'ADRESSE PRECISEE AU VERSO
 (2) FAIRE UNE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE SUR NOTRE SITE INTERNET: cf VERSO
 (3) FACTURE A ENVOYER AU CENTRE DE GESTION FIGURANT AU VERSO

Important:
 Seules les dépenses avec la mention
 SP sont prises en charge par SP santé.

➤ **Hospitalisation :**

- ☰ Prise en charge hospitalière : Confirmez aux services des admissions de l'établissement hospitalier votre appartenance à notre Institution, ils prendront eux-mêmes contact avec notre Institution pour connaître le montant de notre intervention pour la chambre particulière, le forfait journalier, la participation forfaitaire et le ticket modérateur.
 - NB : Ce système ne fonctionne généralement pas dans les établissements non conventionnés (situation toutefois très rare) dans lesquels il vous faudra régler l'intégralité de votre facture à l'établissement avant de nous l'adresser pour remboursement.
- En fonction de notre prise en charge, l'établissement nous adressera directement sa facture à l'issue de votre séjour, ce qui vous évitera de déboursier les sommes en question.
 - ◆ *Dépassements d'honoraires* : Les dépassements d'honoraires ne sont pas visés par ce système et devront être réglés directement au professionnel de santé.
 - Leur remboursement interviendra, en fonction de votre garantie, sur présentation d'une facture "acquittée" et à réception des décomptes émis par votre régime de base.
 - ◆ *Devis* : Avant toute intervention, demandez un devis à votre chirurgien et anesthésiste, et communiquez-le nous pour connaître le montant de notre prise en charge.
- NB : Les suppléments personnels pour boissons, téléphone, télévision ne sont pas pris en charge.

➤ **Radiologie :**

- ☰ Si radiologue ne pratique pas le Tiers-Payant, nous vous rembourserons bien évidemment à réception de la télétransmission ou du décompte papier.
 - **Il faudra par contre nous fournir dans tous les cas une facture acquittée.**

Pour toute question particulière concernant un tiers payant, un devis ou une prise en charge,

Vous pouvez nous contacter au

☎ 03 89 56 87 90

☒ 03 69 20 13 38

Site internet : www.arpege-prevoyance.com

sante68@ag2rlamondiale.fr

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES GENERALES

BASES DES GARANTIES :

⇒ Cotisations :

- Les cotisations sont déterminées en fonction, soit, d'une valeur forfaitaire, soit d'un taux appliqué à une assiette (plafond de la Sécurité sociale, salaire ou tranches de salaire, etc...), avec application éventuelle d'une cotisation minimale.
- Par ailleurs, les dispositions des contrats peuvent éventuellement prévoir une indexation de cotisation en fonction de l'évolution de la consommation médicale ou de tout autre indice. Il est précisé que pour les assurés qui exercent une activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.
- Les cotisations sont dans tous les cas mentionnées dans le Certificat d'Adhésion.

⇒ Prestations :

- La base de calcul des prestations est exprimée en fonction :
 - ☐ soit des tarifs de convention de la Sécurité sociale française (TC),
 - ☐ soit de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) de tout ou partie des frais réellement engagés,
 - ☐ soit d'un montant forfaitaire,
 - ☐ soit du remboursement de la Sécurité sociale française,
 - ☐ soit en fonction d'indices ou de grilles propres à l'Institution sans que cette liste ne soit limitative.
- Les bases de calcul des prestations sont mentionnées dans les modalités pratiques du présent document.

ADMISSION DES PARTICIPANTS :

⇒ Participant :

- La qualité de participant résulte de l'appartenance à la catégorie de personnel couverte, de la signature du bulletin individuel d'affiliation, de sa transmission à l'Institution et de son acceptation par cette dernière.
- Lors de leur inscription et pendant toute la période de couverture, les participants doivent répondre avec exactitude et sans omission aux questions posées par l'Institution, notamment dans le cas où l'adhésion est subordonnée à une sélection médicale.
 - ☐ Participants à une garantie à Affiliation obligatoire :
 - Par principe, ont la qualité de participants, les salariés inscrits, justifiant d'un contrat de travail en cours de validité et donnant lieu à versement d'une rémunération, appartenant à l'entreprise adhérente ou à la catégorie de personnel définie par le Certificat d'Adhésion.
 - Rappelons que pour les seules garanties frais de santé, le caractère obligatoire de la couverture s'apprécie aux regards des critères de déductibilité définis par l'administration sociale et fiscale et en tenant notamment compte des éventuelles dispenses d'affiliation admises par la législation.
 - ☐ Participants à une garantie à affiliation facultative :
 - Peuvent souscrire à une garantie Frais de santé facultative les salariés en activité ou en situation de suspension de contrat de travail sous réserve que cela soit prévu dans le contrat d'adhésion de l'Adhérent.
 - Peuvent également souscrire :
 - ◆ les anciens salariés bénéficiaires au titre d'une adhésion obligatoire de leur ancien employeur, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement,
 - ◆ les personnes garanties du chef du participant décédé,
 - sous réserve de signer un bulletin individuel d'affiliation dans les 6 mois de la rupture de leur contrat de travail ou de la date de décès de l'assuré.
 - ☐ Participants en situation de portabilité :
 - Conservent la qualité de participant, les anciens salariés bénéficiant d'une prolongation de leurs garanties au titre de la portabilité (Article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale).

⇒ **Date d'effet de l'admission :**

- Dans le cas d'une garantie à affiliation obligatoire :
 - ≡ Lorsque l'adhésion a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel qui prend la qualité d'assuré aux dates suivantes :
 - Personnel affilié lors de la prise d'effet de l'adhésion ou de la garantie, dès cette date.
 - Personnel affilié postérieurement à la date d'effet de l'adhésion , à sa date d'entrée dans la catégorie de personnel.
 - ≡ Pour les garanties au titre desquelles le salarié a fait valoir une dispense, s'il souhaite s'affilier, son admission prendra effet :
 - En fin de dispense, au lendemain de la date de l'événement mettant fin à la dispense sous réserve de la fourniture d'un justificatif.
 - A défaut, au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- Dans le cas d'une garantie à affiliation facultative :
 - ≡ L'employeur ou le salarié transmet à l'Institution un bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé. Cette affiliation prendra effet :
 - A la date de survenance de l'événement (*) motivant l'affiliation sous réserve que la déclaration accompagnée des justificatifs soit réceptionnée dans un délai de 3 mois suivant l'événement.
() mise en place du contrat, de l'embauche, changement de situation familiale, perte d'une couverture individuelle.*
A défaut, elle prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du justificatif.
 - Au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande si l'affiliation n'est pas motivée par un événement particulier.

CESSATION DES GARANTIES :

- ⇒ La qualité de participant au titre d'un contrat collectif à affiliation obligatoire ou facultative et donc de bénéficiaire des garanties cesse :
 - à la date à laquelle l'assuré ne fait plus partie de la catégorie de personnel assuré,
 - à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
 - à la date de résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente.
 - en cas de cessation d'activité de l'entreprise (à la fin du préavis du participant, qu'il soit effectué ou non).
- ⇒ Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, le participant, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, à condition que la cotisation ait été payée.
- ⇒ **Garantie à affiliation facultative :**
 - Le participant à titre facultatif a la faculté de mettre fin annuellement à son affiliation ou de modifier à la baisse ses garanties au 31 décembre de l'exercice, ou de l'exercice suivant en cas d'affiliation dans l'année.
 - Pour ce faire, il en informera l'Institution par l'intermédiaire de son employeur par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant le 31 décembre.
 - Il peut cependant modifier ses garanties à la hausse au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande.

PORTABILITE DES GARANTIES :

- ⇒ Conformément aux termes de l'art. L911-8 du code de la Sécurité sociale issu de la Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. Ce maintien est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail 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.
 - Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.
 - L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.
 - L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.
- ⇒ Pour les garanties Frais de Santé, cet article est entré en vigueur à compter du 1er juin 2014.

RECLAMATION – ARBITRAGE :

- ⇒ Toute demande ou réclamation est à adresser directement aux services de gestion de l'Institution de Prévoyance.
- ⇒ Cependant, dans le cas où la réponse apportée par ceux-ci ne devait pas donner satisfaction, il est possible de solliciter le service réclamation, obligatoirement par courrier à l'adresse suivante :

ARPEGE PREVOYANCE
Service Réclamation
143 Avenue Aristide Briand – BP 2439
68067 MULHOUSE CEDEX

L'Institution de Prévoyance s'engage à répondre à toute réclamation sous un délai de quinze jours.

- ⇒ Si après réponse de l'Institution un différend persistait, il pourrait être demandé l'avis d'un médiateur. Ce dernier, personnalité extérieure à l'Institution, rendra son avis en toute indépendance. Les modalités d'accès à ce médiateur peuvent être communiquées sur simple demande auprès de l'Institution à l'adresse mentionnée ci-dessus.

SUBROGATION :

- ⇒ Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution de Prévoyance est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, ou du bénéficiaire, ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

PRESCRIPTION :

- ⇒ Toutes actions dérivant des opérations mentionnées ci-dessus sont prescrites après deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Passé ce délai, l'action n'est plus recevable.

CONFIDENTIALITE ET LOI "INFORMATION ET LIBERTES" :

- ⇒ L'Institution met en œuvre des mesures de protection des données personnelles et est soumise aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ⇒ Les données personnelles collectées au titre de la gestion des contrats 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.
 - Toute personne physique ayant fourni ses données personnelles est informée qu'elle dispose d'un droit d'accès, de modification, de suppression et d'opposition sur les données qui la concernent, conformément aux articles 38 et suivants de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.
 - ☰ Ces droits peuvent être exercés sur simple courrier adressé au :
GROUPE AG2R LA MONDIALE
A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés
104-110 Boulevard Haussmann
75379 PARIS Cedex 08
- ou par e-mail à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr
- ⇒ Conformément au décret n° 2007-451 du 25 mars 2007, le traitement de la demande est subordonnée notamment à la production préalable de la copie d'un titre d'identité en cours de validité et portant la signature du titulaire.

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES PARTICULIERES

LA GARANTIE FRAIS DE SANTE :

⇒ **Objet de la garantie :**

La garantie a pour objet le versement sans que cette liste soit limitative :

- d'indemnités complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale,
- d'indemnités pour certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale.

Conformément à l'article 46 des "Dispositions Générales, elle entre dans le cadre des contrats dits "SOLIDAIRES". Toutefois, elle n'entre pas dans le cadre des contrats dits « RESPONSABLES » défini par le décret 2014-1374 du 18/11/2014.

⇒ **Frais indemnisés :**

Les frais remboursables ainsi que la valeur des prestations figurent dans le tableau descriptif des prestations en début de Notice.

Les prestations de ARPEGE Prévoyance sont calculées, acte par acte, selon les coefficients stipulés dans le tableau descriptif et sont limitées, en tout état de cause et tous régimes confondus, aux frais réellement engagés.

- Les frais en cause doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française avec une date de soins pendant la période d'assurance.
- Toutefois, l'Institution peut prendre en charge certains frais exposés pendant la période d'assurance qui, figurant dans la nomenclature des actes (NGAP ou CCAM), n'ont pas ouvert droit à remboursement de la Sécurité sociale ; les frais concernés sont mentionnés dans le tableau descriptif. Il en va de même pour certains frais médicaux qui ne figurent pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale.
 - ≡ La date des soins retenue sera, dans tous les cas, celle figurant sur le décompte de l'organisme de Sécurité sociale ou sur la facture du professionnel de santé pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et ne figurant pas sur ses décomptes.

⇒ Pour les consultations et visites chez un praticien non conventionné, l'Institution rembourse sur la base fictive du tarif conventionné.

⇒ **Limitation aux frais réels :**

- Conformément à l'article 9 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge de l'assuré après remboursements de toutes natures auquel il a droit.

⇒ Par ailleurs, il est fait application des dispositions générales exposées ci-après pour les domaines suivants :

➤ **Soins à l'étranger (hors Hospitalisation) :**

- Les soins effectués à l'étranger et pris en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné donneront lieu aux prestations définies dans le présent document à condition qu'ils puissent être clairement identifiés et cotés par assimilation à la nomenclature française (lunettes, couronne dentaire, consultation, etc...).
- ◆ (l'assuré doit alors être en mesure de fournir un justificatif du remboursement du régime de base).

- Lorsque les soins à l'étranger font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné mais ne peuvent être clairement identifiés et assimilés à une cotation de la Sécurité sociale française, quel que soit le pays concerné, le remboursement de l'Institution de Prévoyance est limité à 200% du montant remboursé par la Sécurité sociale ou par le régime de base du pays concerné
 - ◆ (l'assuré doit alors être en mesure de fournir un justificatif du remboursement du régime de base).
- Les franchises laissées à la charge de l'assuré par le régime de base du pays concerné et pour lesquelles la Sécurité sociale française n'intervient pas ne seront pas indemnisées par l'Institution.

NB. Nous vous conseillons de conserver une copie de vos documents et factures transmis à votre régime de base.

➤ **Chirurgie – Hospitalisation** (hors Hospitalisation à l'étranger) :

- Les soins pris en charge sont les interventions chirurgicales et soins postopératoires qui ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.
- Peuvent être également pris en charge selon détail figurant au tableau descriptif, les frais de séjour en chambre particulière, le forfait hospitalier, la contribution forfaitaire, les frais d'accompagnement d'un enfant, si ce dernier a passé au moins une nuit à l'hôpital.
- Les frais d'accompagnement (lit, repas) d'un enfant hospitalisé sont pris en charge à condition cependant que les frais soient acquittés par une personne assurée par l'Institution et qu'ils soient facturés par l'Établissement hospitalier.
 - ◆ Sont également pris en charge les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les "maisons de parents".
 - ◆ Les frais de chambre particulière ou d'accompagnement facturés en cas d'hospitalisation de jour (ambulatoire) sont pris en charge dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation avec séjour.
- ≡ Les forfaits d'accueil et divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, télévision, téléphone, journal,...) ne font l'objet d'aucun remboursement.
- ≡ Les frais doivent avoir été exposés en hôpitaux, cliniques, sanatoriums, préventoriums conventionnés par la Sécurité sociale.
- ≡ Par ailleurs, en cas d'hospitalisation sans accord préalable de la Sécurité sociale dans un établissement situé hors de la circonscription territoriale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le bénéficiaire, la différence de tarif journalier laissée à sa charge n'est pas prise en compte par l'Institution.
- Pour les séjours dans un centre de réadaptation, en cas de rééducation fonctionnelle ou pour tout séjour dans une maison d'enfant à caractère sanitaire, la prise en charge de l'Institution est identique à celle prévue en cas d'hospitalisation (forfait journalier, chambre, ticket modérateur,..) avec une durée de prise en charge cependant limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire.
- Pour les autres séjours de type repos et convalescence pour traitement des maladies nerveuses ou mentales, diététique, alcoologie,... la prise en charge de l'Institution est identique à celle prévue en cas d'hospitalisation (forfait journalier, chambre, ticket modérateur,..) avec une durée de prise en charge cependant limitée à 45 jours par an et par bénéficiaire.
 - ◆ Pour les contrats responsables, cette limitation ne concerne toutefois pas le forfait journalier, à l'exception de celui facturé par les établissements médicaux-sociaux, les maisons d'accueil spécialisé ou les établissements d'hébergement des personnes dépendantes (EHPAD).
- ≡ Ne sont pas assimilés aux frais d'hospitalisation médicale les séjours en maison de retraite, longs séjours ou foyers logements.
- Il est précisé qu'en cas d'intervention dans un établissement non conventionné, l'Institution interviendra dans les mêmes conditions qu'une intervention dans un établissement conventionné, mais dans la limite de 90 % des frais exposés (séjour + chambre + honoraires) moins le remboursement de la Sécurité sociale (sauf indication contraire figurant dans le tableau récapitulatif des prestations).

➤ **Hospitalisation à l'étranger :**

- Les hospitalisations effectuées à l'étranger remboursées par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné donneront lieu à un remboursement de l'Institution de Prévoyance après intervention des contrats d'assistance dont dispose éventuellement l'assuré.
- Quel que soit le pays concerné, le remboursement de l'Institution de Prévoyance est limité à 200% du montant remboursé par la Sécurité sociale ou par l'organisme de base du pays concerné.
- Cependant, les suppléments des frais hospitaliers liés au choix individuel d'opter pour un régime privé ou semi-privé ne sont pas indemnisables.
- Les franchises laissées à la charge de l'assuré par le régime de base du pays concerné et pour lesquelles la Sécurité sociale française n'intervient pas ne seront pas indemnisées par l'Institution.

➤ **Frais de maternité :**

- Sauf disposition expresse prévue au tableau descriptif, les frais médicaux liés à l'accouchement (suppléments d'honoraires de l'anesthésiste ou gynécologue, chambre particulière) sont pris en charge au même titre qu'une hospitalisation médicale normale.
 - ◆ Pour faire l'objet d'une prise en charge, les frais doivent avoir été acquittés pour une personne couverte au titre du contrat (assuré ou ayant-droit).
- ⇒ Les frais d'adoption ne donnent pas lieu à remboursement.
- L'allocation naissance éventuellement prévue au tableau descriptif est versée à l'assuré sur présentation d'un acte de naissance ou d'un justificatif d'adoption.
 - ◆ Cette allocation n'est pas versée lorsqu'un enfant d'un assuré (ayant droit) devient lui-même parent.
- Lorsque le contrat prévoit exclusivement une prime de naissance, les frais médicaux (chambre, honoraires de l'anesthésiste ou du gynécologue) ne sont pas pris en compte par l'Institution hormis les frais d'anesthésiste et de chirurgie liés à une éventuelle césarienne.

➤ **Frais de transport :**

- Pour la prise en charge des frais de transport en véhicule particulier, remboursés par la Sécurité sociale, l'Institution estimera les frais sur la base de la distance parcourue et du barème fiscal des indemnités kilométriques en vigueur au moment du déplacement.

➤ **Optique :**

- Lorsqu'il est prévu une limite d'achat par période sans aucune précision, celle-ci s'apprécie à partir de la date du dernier achat optique.
- Les frais engagés pour les traitements de teinte de lunettes, les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge.

➤ **Dentaire :**

- Le remboursement de l'Institution est limité dans tous les cas au ticket modérateur pour les soins pour lesquels le dentiste n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires (détartrage, faux-moignon, amalgame, composite, ...).
 - ◆ Pour les soins avec dépassements autorisés (inlay, onlay, ailette, attelle, ...), il est fait application du pourcentage de remboursement prévu au tableau descriptif.
- ⇒ Sauf disposition contraire expressément mentionnée au tableau descriptif, les soins de parodontologie et d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge par l'Institution.
- ⇒ La date de soin retenue pour déterminer si l'Institution rembourse ou non les soins est la date de soin figurant sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture du dentiste pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale. C'est notamment le cas pour ce qui concerne l'orthodontie reconnue.
- Si les prestations telles que figurant au tableau descriptif prévoient un remboursement sous la rubrique "Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale", les soins pris en charge et leur valorisation figurent alors en annexe au descriptif des prestations.

➤ **Cure :**

→ Les soins de cure dispensés suite à une ordonnance du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins font l'objet d'une prise en charge minimale du ticket modérateur.

⇒ Ne sont considérés comme soins de cure que les soins qui font l'objet d'une cotation et d'un remboursement de la Sécurité sociale.

⇒ Ne font notamment pas l'objet d'un remboursement les suppléments de confort (1^{ère} classe, ...).

⇒ Les cures de thalassothérapie ne font pas l'objet d'un remboursement.

➤ **Allocations obsèques** (si prévues au tableau descriptif des Prestations):

→ L'allocation obsèques est versée à condition que la personne décédée ait été assurée au titre du contrat.
◆ Elle est versée sur le compte de l'assuré ou peut l'être directement aux pompes funèbres ou à la personne qui a acquitté les frais.

→ En cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, le montant du capital versé est en tout état de cause limité aux frais réellement exposés.

EXCLUSIONS ET LIMITES :

⇒ Sauf indication contraire figurant au tableau descriptif, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

➤ non remboursés par la Sécurité sociale

➤ relatifs à des actes ne figurant pas dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM)

➤ engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après la cessation de celle-ci.

⇒ Pour les frais correspondant à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature de la Sécurité sociale, le remboursement est limité à la cotation réellement définie par la nomenclature.

⇒ Pour les frais correspondant 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 le cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement de l'Institution est limité au Ticket modérateur.

⇒ Sauf indication contraire figurant au tableau descriptif, les soins hors nomenclature ne font pas l'objet d'un remboursement.

➤ L'Institution se réserve le droit de redéfinir les frais figurant sur le décompte ou la télétransmission de la Sécurité sociale, si à la vue d'une facture, il s'avère qu'une partie de ces frais correspond à des actes hors nomenclature.

⇒ En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

VERSEMENT DES PRESTATIONS :

⇒ Les remboursements complémentaires sont virés sur le compte bancaire ou postal du participant.

REMBOURSEMENT DES DEPENSES DE SANTE :

⇒ Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance, être adressées dans les deux ans suivant la date des soins.

TIERS-PAYANT

Certaines dépenses de santé peuvent donner lieu à un remboursement direct au professionnel de santé qui pratique ce système, par le biais d'une prise en charge (hospitalisation, optique), ou sur simple présentation de l'attestation de tiers-payant (pharmacie, laboratoire, radiologie,...) et éviter ainsi à l'assuré de faire l'avance de fonds.

Procédure de demande de remboursement :

Procédure n° 1

- L'assuré doit remettre à l'Institution toutes pièces justificatives et notamment :
 1. L'original du décompte de la sécurité sociale et de tout autre organisme,
 2. Une facture acquittée des frais réels pour :
 - Les prothèses dentaires (le chirurgien dentiste ou le stomatologue doit indiquer le nombre de dents traitées et la codification des soins et prothèses),
 - Les implants,
 - L'optique (l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture),
 - Les frais de transport et d'hébergement dans le cadre d'une cure.
 3. Au titre de la garantie maternité (adoption) :
 - Le bulletin de naissance de l'enfant,
 - Le certificat émanant de l'Aide sociale à l'enfance ou d'une œuvre d'adoption autorisée attestant du placement de l'enfant en vue de son adoption plénière et précisant l'âge ou la date de naissance de l'adopté ou, à défaut, copie du Jugement d'adoption plénière.
- Les pièces justificatives sont conservées par l'Institution.

Procédure n° 2

- Il est proposé aux assurés le système de télétransmission "Noémie" permettant une liaison informatique directe entre les organismes obligatoires et l'Institution.
- Pour officialiser ce choix, l'assuré est invité à remettre une photocopie de l'attestation jointe à la carte VITALE, ainsi que celle, éventuellement, des ayants droit assurés sociaux à titre personnel et également bénéficiaires du contrat.
- Cette procédure entraînera malgré tout la nécessité pour l'assuré de fournir dans certains cas précis les justificatifs correspondants (par exemple : frais d'optique, de prothèse dentaire, de dépassement d'honoraires chirurgicaux ou de maternité).

POURSUITE DES REGLEMENTS INDUS :

- ⇒ L'Institution est en droit de poursuivre le remboursement de toutes prestations indûment versées au bénéficiaire ou à ses ayants droit pour quelque motif que ce soit, notamment lorsqu'elles correspondent à des frais médicaux postérieurs à la date de cessation des garanties.
- ⇒ Cas particulier des régimes de Frais de santé constitués d'une garantie obligatoire et d'une ou plusieurs garantie(s) facultative(s) (pour le participant et/ou ses ayants droit) :
 - en cas de cessation des seules garanties facultatives pour un participant et/ou ses ayants droit, l'Institution se réserve la faculté de recouvrer les éventuels indus de ces prestations sur celles versées au titre de la garantie obligatoire du participant.
- ⇒ Le non-respect des délais de déclaration de la sortie des effectifs des assurés peut engager la responsabilité de l'entreprise, notamment en cas de versement par l'Institution de prestations indues au-delà de la période de couverture (après la date de sortie de l'entreprise).
En cas de non recouvrement des sommes concernées auprès du bénéficiaire, l'Institution est fondée à demander à l'entreprise de la rembourser.

BUT



Membre du groupe  AG2R LA MONDIALE

143, avenue Aristide Briand – BP 2439 – 68067 MULHOUSE CEDEX
Tél. : 03 89 56 85 00 - Fax : 03 89 43 32 20
www.arpege-prevoyance.com