



**AG2R LA MONDIALE**

## **NOTICE D'INFORMATION**

### **SANTÉ**

**SERVICE INTERPROFESSIONNEL SANTE TRAVAIL MANCHE  
SISTM 50**

**Personnel : Ensemble du personnel**

**Contrat n° 0LQ4510M**

**Conditions générales juillet 2017**

# SOMMAIRE

<b>PRÉSENTATION</b> .....	<b>3</b>
<b>VOTRE RÉGIME</b> .....	<b>4</b>
QUEL EST L'OBJET DES GARANTIES ? .....	4
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?.....	4
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?.....	4
QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ? .....	4
QUAND CESSENT-ELLES ? .....	4
PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?.....	5
COTISATIONS .....	6
<b>DISPOSITIONS GENERALES</b> .....	<b>7</b>
EXCLUSIONS.....	7
LIMITES DES GARANTIES .....	7
PLAFOND DES REMBOURSEMENTS .....	8
RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	8
PRESCRIPTION.....	8
RECLAMATIONS - MEDIATION .....	8
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE .....	8
AUTORITE DE CONTROLE .....	9
<b>MODALITES DE GESTION</b> .....	<b>10</b>
COMMENT VOUS AFFILIER ? .....	10
COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ? .....	10
QUELQUES INFORMATIONS UTILES .....	10

# PRÉSENTATION

VOTRE ENTREPRISE A MIS EN PLACE UN REGIME FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE AU PROFIT DE :

- L'ensemble du personnel.

Ce régime est **complémentaire** aux régimes de base de la Sécurité sociale française.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Réunica Prévoyance (dénommée « l'Institution » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, et gérées par GENERATION

La NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Elle se compose du présent document, ainsi que du résumé de garanties et des modalités de gestion jointes en annexe.

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

# VOTRE RÉGIME

## QUEL EST L'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.

## QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement 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 joint en annexe.

**Et, sous réserve que ces prestations figurent au résumé des garanties :**

- **maternité – adoption** : en cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement. Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur. Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours sont les dates de naissance respectives de chaque enfant ;
- **frais d'obsèques** : en cas de décès, il est versé une indemnité forfaitaire. Cette prestation est limitée aux frais d'obsèques justifiés par une facture et versée à la personne qui les a exposés.

## QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ?

- Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise

**Et le cas échéant, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes**

- Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité ;
- 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).

## QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

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

## QUAND CESSENT-ELLES ?

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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.

---

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

## **PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?**

### **EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL**

La garantie est maintenue, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En tout état de cause, le maintien de la garantie cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

### **EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITE DES DROITS**

Les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties sont donc maintenues lorsque la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien des garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, vos garanties en tant qu'ancien salarié sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du salarié 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 12 mois.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité cesse :

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

Le maintien de garantie au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

### **Formalités de déclaration**

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail du salarié, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné :

- de la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- d'une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi ;
- et des cartes de tiers payant en cours de validité.

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi ;
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- le décès de l'ancien salarié.

### **Paiement des prestations**

L'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

## **EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES**

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

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

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

## **COTISATIONS**

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié selon les règles prévues par le régime. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

## DISPOSITIONS GENERALES

Dans le cadre d'un contrat dit « responsable », 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 joint en annexe, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

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

L'Institution 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, si celle-ci figure au résumé des garanties joint en annexe, 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'Institution.

**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'Institution.

**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'institution 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.

Dans le cadre d'un contrat dit « responsable », 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'Institution à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'Institution est subrogée au 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, en ce qui concerne les frais de santé. La prescription est portée à 10 ans en ce qui concerne les frais d'obsèques, lorsque la garantie est présente au résumé de garanties joint en annexe.**

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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 ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le 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'institution 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.

## **RECLAMATIONS - MEDIATION**

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

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R LA MONDIALE - Direction de la Qualité - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 Paris Cedex 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul - 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP 10 rue Cambacérès - 75008 Paris.

## **INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE**

Les données à caractère personnel traitées par votre Organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. 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 de personnes présentant un risque de fraude.

Ces données seront conservées pour la durée de votre contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.



Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE - À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés – 104/110 bd Haussmann - 75379 PARIS Cedex 08, ou par mail à [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr)

En application de l'article 40-1 de la même loi, nous vous informons que vous disposez du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

### **AUTORITE DE CONTROLE**

L'institution est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

# MODALITES DE GESTION

## COMMENT VOUS AFFILIER ?

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

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

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

- en cas de concubinage et si votre concubin n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, un justificatif de la situation de concubinage : 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 votre centre de gestion tout changement de situation familiale.**

## COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

Voir les modalités de gestion jointes en annexe.

## QUELQUES INFORMATIONS UTILES

### SECTEUR CONVENTIONNE / NON CONVENTIONNE

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.

### MEDECIN 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 COORDONNES

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

### MEDECINS NON CONVENTIONNES

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

## **DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (D.P.T.M.)**

### **Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)**

Le contrat d'accès aux soins (C.A.S.) est conclu entre l'Assurance maladie et des médecins libéraux du secteur 2 (secteur 1 dans certains cas). Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des assurés, d'avoir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

Pour savoir si votre médecin a signé le C.A.S. ou trouver un médecin l'ayant fait, consultez le site « [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) » et faites une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. La fiche des médecins signataires précise : « Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins) ».

### **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](http://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 le régime général de la Sécurité sociale). 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.

AG2R LA MONDIALE

Tél. 0 969 32 2000

(appel non surtaxé)

