



AG2R LA MONDIALE

Santé

Notice d'information

FNAC DARTY

Ensemble du personnel
Contrat n° 0KQ5269M
Garanties au 1^{er} janvier 2020

Sommaire

Présentation	3
Votre régime frais de santé.....	4
Vos garanties	4
Objet des garanties.....	13
Actes et frais garantis	13
Bénéficiaires des garanties	13
Début des garanties.....	13
Changement d'option	Er
reur ! Signet non défini.	
Cessation des garanties	14
Maintien des garanties	15
Cotisations	17
Dispositions générales	18
Exclusions.....	18
Limites des garanties.....	18
Plafond des remboursements.....	19
Recours contre les tiers responsables	19
Prescription.....	19
Réclamations - médiation	20
Protection des données à caractère personnel.....	20
Autorité de contrôle.....	21
Modalités de gestion.....	22
Votre affiliation	22
Vos remboursements.....	22
Quelques informations utiles	26
Comment contacter votre gestionnaire ?.....	29
La téléconsultation médicale	30
Qu'est-ce qu'une téléconsultation médicale ?.....	30
Dans quels cas pouvez-vous contacter le service de téléconsultation médicale ?.....	30
Comment ça marche ?	30
Pour qui ?	30
Quelles sont les limites d'une consultation à distance ?	31
Un service sécurisé	31

Présentation

Votre entreprise a mis en place un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel.

Ce régime s'applique également aux entreprises suivantes, sous couvert des numéros de contrats correspondants :

- FNAC PARIS, contrat n° 0KQ5217M
- FNAC DARTY PARTICIPATIONS ET SERVICES, contrat n° 0KQ5212M
- CODIREP SNC, contrat n° 0KQ5220M
- FNAC TOURISME, contrat n° 0KQ5229M
- FNAC RELAIS, contrat n° 0KQ5234M
- FNAC LOGISTIQUE, contrat n° 0KQ5244M
- ALIZE S.F.L, contrat n° 0KQ5247M
- FNAC PERIPHERIE, contrat n° 0KQ5252M
- MAINTENANCE SUR SITE, contrat n° 0KQ5256M
- FRANCE BILLET, contrat n° 0KQ5260M
- TICK & LIVE, contrat n° 0KQ5263M
- FNAC ACCES, contrat n° 0KQ5273M
- FNAC EAZIEER, contrat n° 0KQ5276M
- FNAC MONACO, contrat n° 0KQ5239M

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, et gérées par VIVINTER.

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

Vos garanties

Les prestations viennent **en complément** de la part Sécurité sociale, à l'exception des postes exprimés en pourcentage des frais réels, qui s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

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

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

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	400 % 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 les médecins adhérents à un D.P.T.M.	400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
Chambre particulière	2 % du PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	1 % du PMSS par jour

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	150 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	300 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Densitométrie osseuse	200 % de la BR
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, étiopathes ⁽¹⁾	1,5 % du PMSS par séance limité à 2 séances par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	150 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	150 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % du TM
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % du TM
Non remboursée par la Sécurité sociale	
– Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits médicalement	Crédit de 1 % du PMSS par année civile
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 % du TM

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

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	2000 € par appareillage limité à 2 appareillages (minimum garanti 100 % du TM)
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % du TM

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⁾	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⁾	100 % des FR 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 % du TM

(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	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	Montants indiqués dans la GRILLE DENTAIRE ci-après.
– Inlay, onlay	
– Inlay core	
– Autres appareillages prothétiques dentaires	
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	
– Inlay core	
– Autres appareillages prothétiques dentaires	
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	

(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.

DENTAIRE 2020		
dans la limite d'un plafond annuel de 3 000€ par bénéficiaire hors soins dentaires (*)		
Nature des frais	Offre « panier maîtrisé » (remboursement limité aux HLF) et « paniers à tarif libre »	
	Offre hors réseau Santé Clair	Offre réseau Santé Clair
Soins dentaires		
Soins dentaires hors Inlay et Onlay	100% du TM	
Inlay/Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	150 €	350 €
Prothèses dentaires		
Couronne ou Inter de bridge (prise en charge ou non par la Sécurité sociale) :		
- Sur incisives, canines, 1 ^{ere} prémolaire	300 €	400 €
- Sur 2 ^{eme} prémolaire	300 €	550 €
- Sur molaires	300 €	440 €
Couronne sur implant	300 €	500 €
Implant racine (maximum 3 par année civile)	500 €	700 €
Pilier implantaire (maximum 3 par année civile)	200 €	300 €
Bridge 3 éléments pris en charge par la Sécurité sociale	775 €	975 €
Inlay core pris en charge par la Sécurité sociale	100 €	175 €
Appareil amovible pris en charge par la Sécurité sociale	125% de la BR + 400€	125% de la BR + 600€
Autres soins et prothèses remboursés SS (y compris gouttière d'occlusion)	175% BR	175% BR
Autres actes dentaires		
Couronne provisoire - transitoire	30 €	60 €
Examen de prévention 6/14 ans	100% pris en charge par la Sécurité sociale	100% pris en charge par la Sécurité sociale
Renouvellement de sillons 6/14 ans	100% pris en charge par la Sécurité sociale	100% pris en charge par la Sécurité sociale
Test salivaire	70 €	70 €
Vernis fluorés	5 € par dent	5 € par dent
Parodontie (traitement des gencives)	Crédit de 500 € par année civile et par bénéficiaire	Crédit de 500 € par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie		
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	700€ par semestre et par bénéficiaire	700€ par semestre et par bénéficiaire
Contention prise en charge par la Sécurité sociale	Crédit de 250 € par année civile et par bénéficiaire	Crédit de 250 € par année civile et par bénéficiaire
Autres actes pris en charge par la Sécurité sociale	150% de la BR	150% de la BR

(*) Au-delà de ce plafond, les autres prothèses dentaires et soins prothétiques remboursés SS, sont pris en charge à 100 % du TM + 25 % de la BR. Les autres frais remboursés SS sont pris en charge au minimum à 100 % du TM.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Monture de Classe A : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	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)	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 ou B)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Monture de Classe B : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
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 % du TM
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % du TM
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséïconiques)	100 % du TM
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 230 € par année civile ⁽⁴⁾
Chirurgie réfractive	450 € par œil 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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 % du TM.

Grille Optique

	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU SANTECLAIR* sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair	HORS RÉSEAU SANTECLAIR garantie par verre (RO inclus)	
			ADULTE ET ENFANT DE 16 ANS ET +	ENFANT DE - 16 ANS
Verre UNIFOCALE Classe B	NIVEAU 101 - VERRE SIMPLE	 <p>de reste à charge sur tous les verres et traitements SAUF TEINTE ET PHOTOCHROMIE</p>	55 €	35 €
	NIVEAU 102 – VERRE SIMPLE		75 €	55 €
	NIVEAU 103 – VERRE COMPLEXE		90 €	85 €
	NIVEAU 104 – VERRE COMPLEXE		150 €	95 €
Verre MULTIFOCALE Classe B	NIVEAU 111 - VERRE COMPLEXE		130 €	/
	NIVEAU 112 – VERRE COMPLEXE		180 €	/
	NIVEAU 113 – VERRE TRÈS COMPLEXE		200€	/
	NIVEAU 114 – VERRE TRÈS COMPLEXE		210 €	95 €

	La classe A dans le réseau Santéclair	La classe A hors réseau
Prise en charge intégrale de l'équipement 100% santé (classe A) 2 verres + 1 monture	 <p>Équipement avec monture Origine France Garantie (choix de 81 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire Santéclair</p>	Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)

* Dans la limite des plafonds prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation :

- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

	Puissance	Niveau Santéclair	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Verres UNIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 101	SIMPLE
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	NIVEAU 102	
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6	NIVEAU 103	COMPLEXE
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 104	
Verres MULTIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 111	COMPLEXE
	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	NIVEAU 112*	
	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 8	NIVEAU 113	TRÈS COMPLEXE
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 114	

Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

Garantie d'assistance Puissance 4 Formule 1 ⁽¹⁾ – N° de convention 922137

Tél : 01 40 25 53 74 (depuis la France) ou +33 1 40 25 53 74 (depuis l'étranger)

Incluse

Téléconsultation médicale ⁽²⁾

Oui

(1) Garantie gérée par la société d'assistance FRAGONARD ASSURANCES (siège social : 2 rue Fragonard, 75807 PARIS CEDEX 17) et mise en œuvre par AWP France SAS (siège social : 7 rue Dora Maar – 93400 SAINT OUEN, dénommée « MONDIAL ASSISTANCE »)

(2) La téléconsultation médicale est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) et AXA Assurance.

Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23 avril 2015.

AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André Gide - 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.

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.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve du paiement d'une cotisation « famille », sont bénéficiaires des garanties :

- vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- votre conjoint, ayant la qualité d'ayant droit du participant au sens de la législation de la Sécurité sociale tel que défini dans les anciennes dispositions de l'article L.313-3 du Code la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019), ou votre conjoint sans revenu d'activité professionnelle, ou sans revenu de remplacement (allocations-chômage, RSA, pension de retraite, prestations d'incapacité, rente d'invalidité...) ;
- ou votre 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 18 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, ou bien 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,
 - ou bien poursuivant des études secondaires,
 - ou bien poursuivant des études supérieures en étant affiliés à la Sécurité sociale des étudiants,
 - ou bien sous contrat d'apprentissage ou sous contrat de professionnalisation,
 - ou bien à la recherche d'un premier emploi et inscrits à Pôle Emploi (sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée,
 - 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.

Et sous réserve du paiement d'une cotisation facultative « conjoint non à charge » :

- votre conjoint ou votre concubin, n'ayant pas la qualité d'ayant droit du participant au sens de la législation de la Sécurité sociale tel que défini dans les anciennes dispositions des articles L.313-3 et L161-14 du Code la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019) ;
- ou votre conjoint ou concubin ayant un revenu d'activité professionnelle, ou un revenu de remplacement (allocations-chômage, RSA, pension de retraite, prestations d'incapacité, rente d'invalidité...).

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

Pour vous-même, les garanties débutent :

- 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.

Pour vos bénéficiaires, les garanties débutent :

- à la date de prise d'effet de vos garanties, si leur affiliation est concomitante ;
- au plus tôt, le 1^{er} jour du mois durant lequel l'organisme assureur reçoit le bulletin d'affiliation complet, si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la demande si le bulletin d'affiliation complet a été envoyé après le 15 du mois.

Cessation des garanties

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

- 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 Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

Pour les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent :

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion ;
- 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 Complémentaire santé solidaire 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 un salarié s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires des garanties relevant de ce dernier.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues, 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 des garanties cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Sans indemnisation

Les garanties peuvent être maintenues au salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficie pas d'un maintien de salaire partiel ou total de l'employeur, ni d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Sont notamment visés les cas de suspension suivants : congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale...

La demande doit être effectuée dans le mois suivant la suspension du contrat de travail. Le maintien prend effet au premier jour du mois suivant la suspension du contrat de travail et prend fin au dernier jour du mois de la fin du congé. Les garanties cessent, en tout état de cause, à la date de la résiliation du contrat d'adhésion.

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité, et est payable mensuellement à terme échu par prélèvement bancaire effectué directement sur le compte du salarié.

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité 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, les garanties des anciens salariés bénéficiant du maintien de garanties 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 par courrier 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 :

- la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi ;
- et les 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 rupture ou fin de contrat de travail : la loi Évin

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés, ainsi qu'à leurs bénéficiaires, moyennant paiement des cotisations et sans limitation de durée, en cas de rupture du contrat de travail entraînant le versement 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.

Ce maintien est effectué sous réserve que la demande en soit faite dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

Cotisations

Les cotisations sont prélevées mensuellement et à terme échu sur le compte bancaire de l'assuré.

En cas de non-paiement des cotisations, les garanties pourront être suspendues puis résiliées.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien est assuré jusqu'au dernier jour du mois :

- au cours duquel l'ancien salarié perçoit une rente, une allocation ou un revenu de remplacement, tels que définis ci-dessus ;
- au cours duquel l'ancien salarié est décédé, pour ses ayants droits.

Ayants droit du salarié décédé

En cas de décès du salarié, les garanties sont maintenues à titre gratuit à ses ayants droit, qui étaient déjà couverts avant la date du décès, pendant une période de 12 mois.

Ce maintien est effectué sous réserve que la demande en soit faite dans les 6 mois suivant la date du décès.

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 ayant bénéficié de la gratuité.

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 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 le 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 : 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 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.

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 ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du 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, 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'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

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées à AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 Roubaix Cedex.

Il est également possible de joindre par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur 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 :

- 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 d'assurance, 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 AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

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

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.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

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 au gestionnaire 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 au gestionnaire l'ensemble des informations concernant vos remboursements. Dans ce cas, aucun décompte de l'assurance maladie obligatoire n'est à adresser au gestionnaire.

Le décompte de l'assurance maladie obligatoire, et les éventuels justificatifs à joindre (voir ci-après « Demande de justificatifs ») ne doivent être adressés au gestionnaire 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 votre gestionnaire.

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 au gestionnaire 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 au gestionnaire 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 au gestionnaire la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte de l'assurance maladie obligatoire.

Paiement 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 au gestionnaire.

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

Le gestionnaire doit vous adresser un décompte détaillé des prestations complémentaires versées.

Liste des justificatifs nécessaires

Pour les frais de santé mentionnés ci-après, vous devez adresser à votre gestionnaire 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).
- Implantologie, parodontologie : facture détaillée précisant :
 - 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.

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.
- Chirurgie réfractive non remboursée : facture acquittée.

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 thermique ».

Consultations non remboursées

- Consultations non remboursées : notamment ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, acupuncteur, psychomotricien, étiope : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées (ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, psychomotricien).
- Actes de prévention non remboursés : sevrage tabagique, dépistage du cancer du côlon, médicament contre l'ostéoporose, automédication : facture acquittée, et prescription médicale (pour le sevrage tabagique).
- Vaccins : facture acquittée, et copie de la prescription médicale (sauf vaccin contre la grippe).
- Moyens contraceptifs prescrits : facture acquittée.

Autres frais

Si votre garantie prévoit la prise en charge des frais suivants, adressez au gestionnaire 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, ...) ;
- en cas de garantie obsèques, la facture acquittée et datée indiquant les coordonnées de la personne ayant assumé les frais.

Si votre garantie prévoit la prise en charge de frais médicaux non mentionnés dans la présente liste, adressez au gestionnaire 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 au gestionnaire font l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. Le gestionnaire 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 du gestionnaire.

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, le gestionnaire 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), le gestionnaire 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 votre gestionnaire (voir ci-après, « Comment contacter votre gestionnaire »).

En matière d'optique

Votre opticien envoie un devis détaillé au gestionnaire. 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 votre gestionnaire (voir ci-après, « Comment contacter votre gestionnaire »). Vous pouvez également reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

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 au gestionnaire. 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 Complémentaire santé solidaire.

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) ou des honoraires limites de facturation (HLF) 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.

* 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.

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 ou inversement).

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 sera revalorisée (jusqu'à 400 €/oreille) au 1^{er} janvier 2021.

Quand peut-on bénéficier du 100% santé ?

La réforme se déploie par étape, suivant un calendrier différent selon les secteurs. Elle sera en vigueur :

- au 1^{er} janvier 2020 en optique et en dentaire
- au 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives

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

Comment contacter votre gestionnaire ?

- Par courrier : VIVINTER - 82, rue Villeneuve - 92584 Clichy Cedex
- Par internet : www.vivinter.fr
- Par téléphone : Centre relation clients : 01 70 91 39 01 - du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h00

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 AG2R Prévoyance, c'est simple et sécurisé !

Qu'est-ce qu'une téléconsultation médicale ?

La téléconsultation a pour objet de permettre à un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins de donner une consultation à distance à un patient : c'est une consultation de médecine générale par téléphone.

L'équipe médicale, située en France, est composée de médecins généralistes assistés d'infirmiers. Sur simple appel, ils vous aident à faire le point sur votre situation et vous apportent les réponses adaptées.

Dans quels cas pouvez-vous contacter le service de téléconsultation médicale ?

Vous avez un problème de santé et vous n'arrivez pas à joindre votre médecin traitant ?

Vous avez une question concernant votre santé et souhaitez une réponse fiable par des professionnels de santé généralistes ?

Nous mettons à votre disposition ce service, que vous soyez à votre domicile, à votre travail, en déplacement professionnel, en vacances, en France ou à l'étranger.

Le service de téléconsultation médicale ne remplace ni le médecin traitant, ni les services d'urgence, ni une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni des consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés.

Comment ça marche ?

Le service de téléconsultation est à votre disposition 24H/24 et 7J/7.

Pour le contacter, munissez-vous de votre carte de tiers payant et composez le numéro de téléphone direct : 01 55 92 14 64 (appel sans surcoût).

Lors de votre premier appel, un infirmier vous accompagne dans la création de votre dossier médical. Ainsi lors des appels suivants, quelques questions suffiront pour accéder à votre dossier.

Les infirmiers peuvent vous apporter un premier niveau d'information relatif à vos questions de santé d'ordre général et peuvent également vous orienter vers des professionnels de santé, les pharmacies de garde, etc.

Avant de vous orienter vers le médecin pour la consultation, un infirmier vous informe sur le procédé de télémedecine utilisé et recueille votre « consentement éclairé » sur l'acte médical à réaliser.

Un médecin de l'équipe réalise avec vous la consultation médicale, grâce à un interrogatoire médical.

S'il le juge nécessaire, le médecin peut délivrer une ordonnance auprès de la pharmacie de votre choix au sein de l'Union Européenne.

Avec votre autorisation, le médecin adressera un compte rendu à votre médecin traitant.

Si une situation d'urgence est détectée, le patient est orienté vers un service d'urgence.

Pour qui ?

Tous les bénéficiaires du contrat santé AG2R Prévoyance.

Quelles sont les limites d'une consultation à distance ?

Si un examen physique est nécessaire pour établir un diagnostic, le médecin vous réorientera vers votre médecin traitant ou vous indiquera une liste de médecins près de votre lieu de déplacement.

Les médecins ne sont pas habilités à délivrer des certificats médicaux, des arrêts de travail et des renouvellements d'ordonnance.

Un service sécurisé

La téléconsultation médicale est conforme à tous les critères de sécurité et de confidentialité exigés par la loi.

- Tous les médecins sont inscrits à l'Ordre des Médecins.
- Votre consultation est protégée par le secret médical.
- Ce service a été autorisé par la CNIL et respecte toutes ses recommandations en matière de sécurisation des données (authentification, circulation et hébergement). Les données de santé à caractère personnel sont stockées en France chez un hébergeur agréé.

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, AXA Assistance France, responsable de traitement, vous informe que :

- les réponses aux questions qui vous seront posées lors de votre appel, après obtention de votre accord pour la collecte de vos données de santé, sont obligatoire ;
- la finalité du traitement est la téléconsultation ;
- les destinataires des données vous concernant sont des médecins et infirmiers, les pharmacies et, avec votre accord, le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Vous disposez, conformément à la réglementation en vigueur, d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations vous concernant, en vous adressant par courrier à :

- AXA Assistance France - Service Juridique - 6, rue André Gide - 92320 Châtillon.

La téléconsultation médicale est régie par ses propres conditions générales. Elle est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) et AXA Assistance. Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23 avril 2015. AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André Gide 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.