

SANTÉ-FO SENIOR

NOTICE D'INFORMATION



viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

Régime général

janvier 2022

Exigez le meilleur
pour garantir l'essentiel...
votre santé

Santé-FO senior

Notice d'information des Retraités
adhérents UCR FO
Contrat n° ODH2347M



Avec l'UCR-FO, bénéficiez d'une
protection complémentaire avec des
prestations et des services de qualité

www.sante-fo-senior.fr



viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

Sommaire

PRÉSENTATION	5
VOTRE RÉGIME	6
1. Quel est l'objet de la garantie ?	7
2. Quels sont les actes et frais garantis ?	7
3. Résumé de la garantie	7
4. Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	12
5. Quand débute la garantie ?	13
6. Quand cesse-t-elle ?	13
7. Peut-elle être maintenue ?	13
8. Exclusions et limites de la garantie	13
9. Plafond des remboursements	15
10. Cotisations	15
11. Recours contre les tiers responsables	15
12. Délai de demande de remboursement des prestations	16
13. Réclamations - Conciliation et Médiation	16
14. Droit à renonciation	17
15. Informatique et libertés	17
16. Autorité de contrôle	17
17. Loi applicable au contrat	17
18. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique	18
19. Commission entraide mutualiste - Action sociale	18
20. Fausses déclarations	18
MODALITÉS DE GESTION	20
21. Comment vous affilier ?	21
22. Comment s'effectuent vos remboursements ?	21
23. Tiers payant	23
24. Accords de prise en charge	23
25. Quelques informations utiles	24
26. Pour tout renseignement	26
27. Nos conseillers à votre écoute	26



Présentation

FO a mis en place un régime frais de santé facultatif «SANTÉ-FO SENIOR» au profit de ses adhérents retraités, entrant dans le champ d'application des statuts confédéraux de l'UCR FO.

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

La garantie figurant dans la présente notice est assurée par VIASANTÉ Mutuelle, la mutuelle nationale du groupe AG2R LA MONDIALE.

Cette notice s'applique à compter du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022.

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

Les garanties complémentaires s'inscrivent dans le cadre d'un « contrat responsable ». **Elles sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes.**

Votre régime

1. QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

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

2. 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 au titre des législations maladie, accident du travail et maladie professionnelle, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé de la garantie.

3. RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les prestations s'entendent y compris les prestations versées par le régime de base de Sécurité sociale.

HOSPITALISATION	
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITÉ	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNÉ NON CONVENTIONNÉ
Frais de séjour	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires Actes de chirurgie (ADC) Honoraires Actes d'anesthésie (ADA) Honoraires Actes techniques Honoraires médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : 200 % BR Non adhérents DPTM : 180 % BR
Chambre particulière	6 % PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	6 % PMSS par jour
TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Remboursé SS Transport	100 % BR

SOINS COURANTS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNÉ NON CONVENTIONNÉ
Honoraires médicaux	
Remboursés SS	
Généralistes (Consultations et visites)	
Adhérents DPTM :	200 % BR
Non adhérents DPTM :	180 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	
Adhérents DPTM :	200 % BR
Non adhérents DPTM :	180 % BR
Actes de chirurgie (ADC)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Adhérents DPTM :	200 % BR
Non adhérents DPTM :	180 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	
Actes d'échographie (ADE)	
Adhérents DPTM :	200 % BR
Non adhérents DPTM :	180 % BR
Non remboursés SS	
Densitométrie osseuse	
	Crédit de 100 € par année civile et par bénéficiaire
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	
	1 % PMSS par séance limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	
	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés SS	
	200 % BR
Médicaments	
Remboursés SS	
	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments)	
	100 % BR
Remboursée SS	
	100 % BR
Non remboursée SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	
	100 % BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditifs, dentaires et d'optique)	
	180 % BR
Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	
	100 % BR

AIDES AUDITIVES	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNÉ NON CONVENTIONNÉ
Aides auditives	
Remboursées SS	
Aides auditives	
	180 % BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	
	100 % BR

A COMPTER DU 01/01/2021	
Équipements 100 % Santé (**)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire (***)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV.
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) (***)	
Équipements libres (****)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire (***)	180 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) (***)	100 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	100 % BR

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

(****) Equipements de Classe II tels que définis réglementairement.

DENTAIRE	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNÉ NON CONVENTIONNÉ
Soins et prothèses 100 % Santé (*)	
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses	
Prothèses	
Panier maîtrisé (**)	
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF et dans la limite d'un crédit global ⁽¹⁾
Inlay core	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier libre (***)	
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF et dans la limite d'un crédit global ⁽¹⁾
Inlay core	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	
	200 % BR
Autres actes dentaires	
Remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	
	250 % BR
Actes dentaires	
Non remboursés SS	
Orthodontie	
	250 % BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	
	300 % BR dans la limite des HLF et dans la limite d'un crédit global ⁽¹⁾

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

(1) Les niveaux d'indemnisations sont limités à 1 crédit global de 100 € par an et par bénéficiaire. A l'épuisement de ce crédit les postes « inlays onlays, prothèses dentaires » remboursés par la SS et « inlays core » sont pris en charge à hauteur de 125 % BR.

OPTIQUE

OPTIQUE	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNÉ NON CONVENTIONNÉ
Équipements 100 % Santé (**)	
Monture de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Monture de Classe A : Enfant - de 16 ans (**)	
Verres de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	
Verres de Classe A : Enfant de - 16 ans (**)	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Équipements libres (***)	
Monture de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100 € (RSS inclus)
Monture de Classe B : Enfant - de 16 ans (**)	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE ci-après en fonction des types de verres
Verres de Classe B : Enfant de - 16 ans (**)	
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 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées ou refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	100 % BR + Crédit de 4 % PMSS sur 2 années civiles consécutives (****)
Chirurgie réfractive (Myopie)	10 % PMSS par oeil , par année civile et par bénéficiaire

(****) La prise en charge à « 100 % de la BR » en complément du crédit ne concerne que les lentilles acceptées par la SS.

GRILLE OPTIQUE « VERRES DE CLASSE B »

VERRES UNIFOCALUX / PROGRESSIFS / MULTIFOCALUX	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en % du PMSS inclus par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	3,5 % PMSS	2 % PMSS
		SPH < - 6 ou > + 6	3,5 % PMSS	2 % PMSS
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	3,5 % PMSS	2 % PMSS
		SPH > 0 et S ≤ + 6 SPH > 0 et S > + 6 SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	3,5 % PMSS 3,5 % PMSS 3,5 % PMSS 3,5 % PMSS	2 % PMSS 2 % PMSS 2 % PMSS 2 % PMSS
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	4,5 % PMSS	2,5 % PMSS
		SPH < - 4 ou > + 4	4,5 % PMSS	2,5 % PMSS
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	4,5 % PMSS	2,5 % PMSS
		SPH > 0 et S ≤ + 8 SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 SPH > 0 et S > + 8 SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	4,5 % PMSS 4,5 % PMSS 4,5 % PMSS 4,5 % PMSS	2,5 % PMSS 2,5 % PMSS 2,5 % PMSS 2,5 % PMSS

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

AUTRES FRAIS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique	
Remboursée SS	10 % PMSS par bénéficiaire
Frais de traitement et honoraires	
Frais de voyage et hébergement	OUI
Garantie Assistance	

PRIMA ASSISTANCE

Assistance santé en partenariat avec MONDIAL ASSISTANCE, c'est :

- une assistance étendue en cas d'hospitalisation et d'immobilisation à domicile (aide ménagère, garde d'enfant, ...), déplacements temporaires de plus de 50 km,
- des permanences téléphoniques avec « allo infos » et « allo info santé » pour vos renseignements de vie pratique et juridiques ainsi que des informations médicales,
- le bénéfice de l'assurance « Prima santé voyage » pour les déplacements temporaires dans un pays d'Amérique (séjour de moins de 3 mois).

Pour y accéder, mentionnez le numéro de protocole lors de votre appel au :

- 0 800 10 00 10 (appel non surtaxé),
- n° de protocole FO-Santé : 620 339.

Vous trouverez le descriptif de la garantie dans la notice Assistance.

LEXIQUE

Frais réels (FR) : total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune

des actes médicaux (CCAM) : liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.

Prix unitaire (PU) : tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur non conventionné.

Tarif de convention (TC) / Base de remboursement (BR) : tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.

Tarif d'autorité (TA) : tarif forfaitaire servant de base de remboursement lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné. Il est très inférieur au tarif de convention.

Ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

4. QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION « PAR ADULTE »

- Vous-même, adhérent à l'UCR FO*, assuré social retraité,
- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité (adhérent UCR FO ou non, salarié ou non),
- toute personne à votre charge au sens des assurances sociales.

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION « PAR ENFANT »

- 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.

COTISATION ENFANT : LA COTISATION EST GRATUITE À COMPTER DU 3^e ENFANT. PAR AILLEURS, À COMPTER DE 26 ANS, LES ENFANTS INFIRMES SONT TOUJOURS CONSIDÉRÉS À CHARGE ; CEPENDANT, ILS SONT REDEVABLES D'UNE COTISATION « ADULTE ».

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).

5. QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- À la date d'effet précisée sur votre bulletin d'affiliation, et au plus tôt, à la date d'effet du contrat d'adhésion,
- ou au 1^{er} jour du mois suivant l'envoi de votre demande d'affiliation complète si cette dernière n'est pas adressée à VIASANTÉ Mutuelle dans les 15 jours suivant la date d'effet demandée (la preuve de l'envoi vous incombe).

6. QUAND CESSE-T-ELLE ?

La garantie vous est acquise tant que vous justifiez de votre adhésion à l'UCR FO, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante. Vous ne pouvez pas être exclu de la garantie en raison de la dégradation de votre état de santé.

Pour tout assuré et ses éventuels bénéficiaires, la garantie cesse :

- à l'expiration du mois au cours duquel vous ne pouvez plus justifier de votre qualité d'adhérent à l'UCR FO,
- 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.

Une résiliation est possible :

- dans un délai d'un mois à compter de la remise de la présente notice en raison de toute modification apportée aux droits et obligations (art.L221-6 du Code de la mutualité),
 - en cours d'année, sans délai, pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif CMU ou de l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé (ACS) pour sa partie complémentaire.
- La garantie peut être suspendue en cas de non-paiement des cotisations, puis résiliée. Toutes prestations indûment réservées après la date de cessation de la garantie devra être remboursé sans délai par vos soins.

RÉSILIATION : LA RÉSILIATION D'UN ASSURÉ S'ENTEND POUR L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE.

7. PEUT-ELLE ÊTRE MAINTENUE ?

En cas de cessation de la garantie collective, vous avez la possibilité, ainsi que vos bénéficiaires, d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent vous être communiquées sur simple demande. Cette possibilité est également offerte aux ayants droit de l'assuré décédé.

8. EXCLUSIONS ET LIMITES DE LA GARANTIE

Les exclusions et les limitations de garantie 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 de la garantie, 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 l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon la garantie souscrite).

VIASANTÉ Mutuelle 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. 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),
- 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 DE LA GARANTIE

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

9. PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

La participation de l'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.

10. COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Leur montant est établi en fonction de l'âge au moment de l'affiliation, âge déterminé par la différence entre l'année de la demande d'affiliation et l'année de naissance (voir bulletin d'affiliation).

Elles sont prélevées, trimestriellement ou mensuellement à terme d'avance, sur votre compte bancaire et doivent être versées à VIASANTÉ Mutuelle.

En cas de non-paiement de la cotisation dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, VIASANTÉ Mutuelle vous adresse une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, vous informant des conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard, les cotisations ne sont toujours pas payées, VIASANTÉ Mutuelle vous informe de la cessation automatique de la garantie.

INDEXATION / RÉVISION

Les cotisations évoluent en fonction de l'augmentation du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Elles peuvent être aussi indexées par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses nationales d'assurance maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global du portefeuille de VIASANTÉ Mutuelle,
- de l'équilibre (rapport prestations / cotisations) du contrat souscrit par l'UCR FO.

L'indexation peut intervenir à chaque 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet.

L'indexation ainsi définie vous est communiquée.

Lorsque vous vous opposez à l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours (pour une indexation au 1^{er} janvier), le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié, selon la date d'effet de l'indexation, au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par vos soins sur l'indexation dans les conditions énoncées ci-dessus, les cotisations indexées sont appliquées.

11. RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

Le membre participant est tenu de déclarer à la Mutuelle les causes et circonstances de l'accident dont lui ou ses ayants droit ont été victimes afin qu'une procédure de recours contre tiers puisse éventuellement être engagée.

Plus largement, la mutuelle doit être informée de toute procédure, pénale ou civile, à laquelle elle pourrait être associée, engagée par le membre participant ou à son encontre, pour se constituer dans le cadre de cette procédure si elle le juge nécessaire. La mutuelle est subrogée dans les droits et actions des bénéficiaires dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

12. DÉLAI DE DEMANDE DE REMBOURSEMENTS DES PRESTATIONS

En application des dispositions de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ces délais ne courent :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'union 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 du membre participant, du bénéficiaire contre la Mutuelle ou l'union 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Selon les cas et hormis les accords de télétransmission avec d'autres organismes payeurs, les demandes de paiement des prestations, décomptes (originaux) du régime d'Assurance Maladie et facture acquittée doivent être produits dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins ou de facturation. A l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations.

13. RÉCLAMATIONS, CONCILIATION ET MÉDIATION

1. Pour tout renseignement et pour toute réclamation relative à votre contrat, vous pouvez vous adresser à votre Centre de gestion AG2R LA MONDIALE Service Affiliations - 485 avenue du Prado - 13412 Marseille Cedex 20.

2. Si la réponse ne vous satisfait pas et si vous avez un désaccord à exprimer, vous pouvez alors faire appel au Conciliateur VIASANTÉ Mutuelle - à l'attention de Mr le Conciliateur Secrétariat Général - Courriel : conciliation@viasante.fr

3. Si le désaccord persiste, vous pourrez alors saisir le service fédéral de médiation de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS.

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

14. DROIT À RENONCIATION

L'assuré a la faculté de renoncer à son contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion par l'assuré (dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage).

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. VIASANTÉ Mutuelle est tenue de rembourser à l'assuré le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal. Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à VIASANTÉ Mutuelle si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

15. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

La collecte de vos données personnelles est effectuée, par votre mutuelle, dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion administrative et commerciale de votre dossier.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude et plus généralement la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, 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 ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vos données pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux partenaires de VIASANTÉ Mutuelle aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) sur les données qui vous concernent, sur simple courrier (accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité et signé) adressé à VIASANTÉ Mutuelle, A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 1 avenue Carsalade du Pont, CS 89921, 66866 PERPIGNAN Cedex 9 ou par mail à CIL@viasante.fr.

Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, votre droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8 rue Vivienne, CS 30223, 75083 PARIS cedex 02

16. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

17. LOI APPLICABLE AU CONTRAT

La loi française régit les relations précontractuelles et contractuelles. VIASANTÉ Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

18. SI VOUS NE SOUHAITEZ PAS FAIRE L'OBJET D'UNE PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Conformément à l'article L.223-1 du code de la consommation vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique. Selon la réglementation en vigueur, cette demande ne sera prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui vous lie à VIASANTÉ Mutuelle.

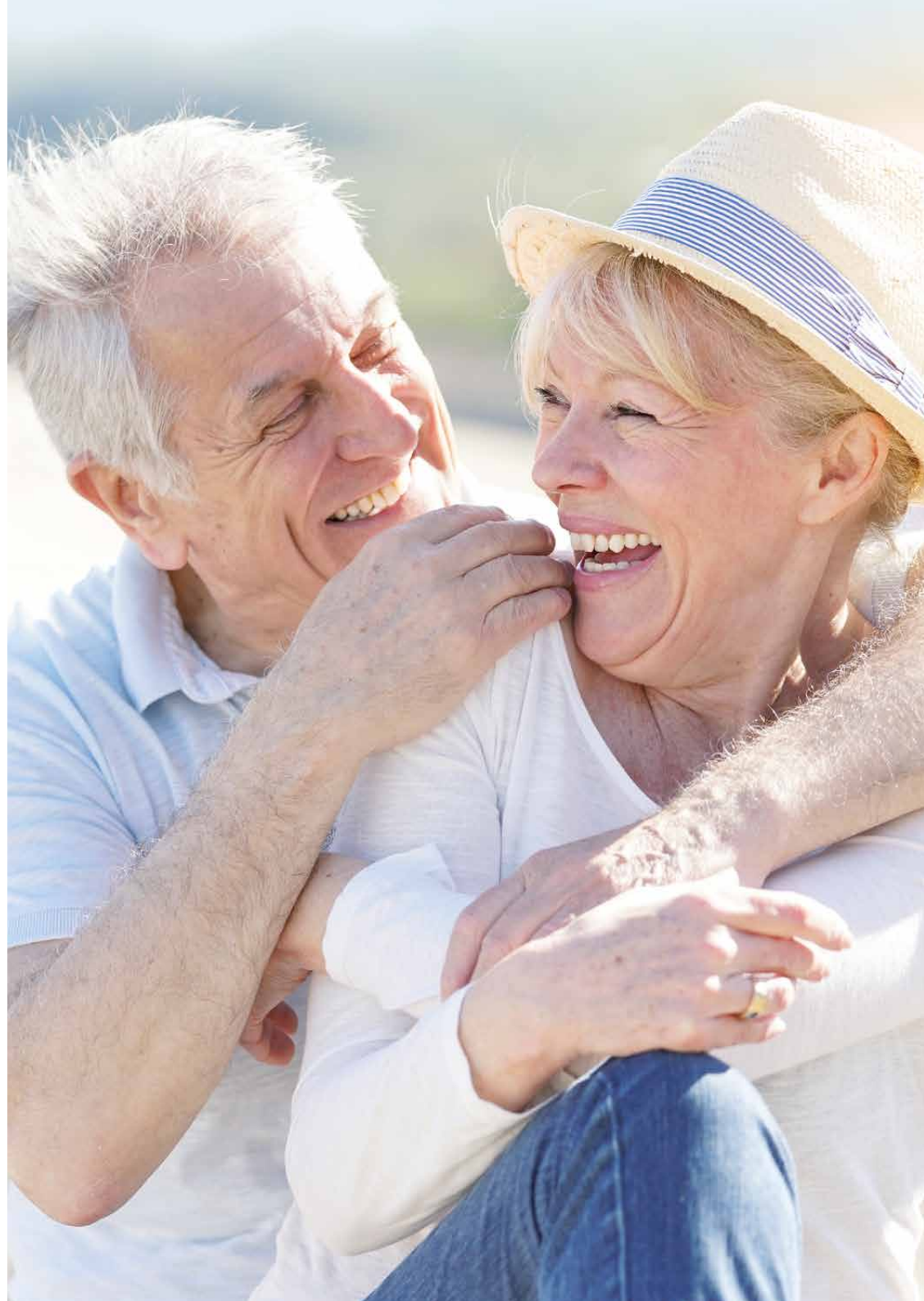
19. COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

Il existe au sein de chaque comité VIASANTÉ Mutuelle au moins une Commission entraide mutualiste - Action sociale.

Chaque Commission entraide mutualiste - Action sociale se compose au maximum de 10 délégués ou administrateurs de la Mutuelle. Elles se réunissent au moins trois fois par an. Ces commissions ont pour objet d'accompagner les membres bénéficiaires en situation de détresse, face à un accident, une maladie, un handicap ou un décès, en leur attribuant une aide financière.

20. FAUSSES DÉCLARATIONS

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie/option accordée au membre participant et le cas échéant à ses ayants-droit par VIASANTÉ Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant ou l'ayant droit a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.



Modalités de gestion

21. COMMENT VOUS AFFILIER ?

Vous remplissez le bulletin d'affiliation qui vous est remis et vous y joignez :

- la photocopie de votre attestation de droits Sécurité sociale et celles de vos bénéficiaires assurés à titre personnel,
- un relevé d'identité bancaire pour le prélèvement des cotisations ainsi que 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 : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, 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.

Tous les bénéficiaires affiliés à la présente garantie doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement, de signaler à votre centre de gestion tout changement de situation familiale, d'adresse, de régime de base de Sécurité sociale,...

ATTENTION : À TOUT MOMENT, IL PEUT VOUS ÊTRE DEMANDÉ LA COPIE DE VOTRE CARTE D'ADHÉRENT À L'UCR FO DE L'ANNÉE EN COURS.

22. COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOEMIE »), les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) transmettent directement à VIASANTÉ Mutuelle l'ensemble des informations concernant vos remboursements ; si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements en adressant votre dossier à la CPAM uniquement.

Si cette procédure n'est pas encore en service, ou si un ayant droit ne peut bénéficier du système « NOEMIE », vous devez adresser au centre de gestion VIASANTÉ Mutuelle l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

Sous réserve de leur affiliation, cette procédure ne fonctionne pas pour :

- les conjoints bénéficiaires de ce système à titre personnel (complémentaire santé d'entreprise ou personnelle,...),
- les bénéficiaires couverts par certains régimes de base spécifiques (SNCF,...).

Si votre conjoint (ou concubin ou partenaire pacsé) possède déjà une complémentaire santé professionnelle obligatoire (souscrite par son employeur auprès d'un autre organisme assureur), il doit demander le remboursement de ses soins de santé en premier lieu auprès de cet organisme. Dans ce cas, le remboursement complémentaire au titre de la présente garantie ne peut être automatisé selon la norme NOEMIE. Cette mesure ne supprime en rien ses droits au remboursement. En effet, s'il reste des frais à la charge de votre conjoint, VIASANTÉ Mutuelle remboursera en complément de sa première complémentaire santé, dans la limite de la garantie définie dans la présente notice et sur présentation de l'original du décompte de ladite complémentaire santé.

ATTENTION : SI VOUS AVEZ ENGAGÉ DES DÉPENSES POUR FRAIS D'OPTIQUE, PROTHÈSES DENTAIRES OU NON, APPAREILLAGES, FRAIS AYANT ENTRAÎNÉ DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES, VÉRIFIEZ QUE LE MONTANT DES FRAIS RÉELS INDiqué SUR VOTRE DÉCOMPTÉ SÉCURITÉ SOCIALE CORRESPOND AUX FRAIS EFFECTIVEMENT ENGAGÉS. EN CAS DE DIFFÉRENCE, FAITES PARVENIR AU CENTRE DE GESTION LA FACTURE ORIGINALE JUSTIFIANT DE LA DÉPENSE RÉELLE ET LE DÉCOMPTÉ SÉCURITÉ SOCIALE.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire. VIASANTÉ Mutuelle adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet : www.ag2rlamondiale.fr/55-ans-et-plus

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

À défaut de télétransmission par les organismes de base, il convient de nous adresser :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale.
Cependant, à tout moment, VIASANTÉ Mutuelle peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :
- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- pour les vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
- pour l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée,
- pour la densitométrie osseuse, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien,
- pour la chirurgie de la myopie, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par VIASANTÉ Mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur les factures détaillées des établissements hospitaliers ou des cliniques seront pris en compte pour les remboursements.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, vous devez transmettre à VIASANTÉ Mutuelle une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre régime de base ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

La facture devra comporter le cachet de votre médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale. Un formulaire à faire remplir par votre praticien, afin que l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation soit précisé, est tenu à votre disposition sur simple demande.

Il pourra vous être demandé de fournir tout devis ou factures relatifs, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Ces devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. VIASANTÉ Mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de VIASANTÉ Mutuelle.

23. TIERS PAYANT

Il sera demandé au membre participant de compléter un bulletin d'affiliation. Il lui sera 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 prestations couvertes en tiers payant par la garantie souscrite.

Cette carte de tiers payant reste la propriété de la Mutuelle.

Le membre participant s'engage, si la carte de tiers payant est en cours de validité, à en assurer la restitution à la Mutuelle dans le délai de quinze jours suivant la cessation de ses garanties.

Le membre participant devra restituer les sommes payées par la Mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

24. ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement conventionné (uniquement), le centre de gestion VIASANTÉ Mutuelle 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 de la garantie souscrite. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

Votre demande de prise en charge doit être effectuée au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée dans l'établissement conventionné.

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

- en LIGNE : saisissez votre demande de prise en charge hospitalisation sur notre site Internet www.ag2rlamondiale.fr/55-ans-et-plus
- par TÉLÉPHONE au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé),
- sur PLACE : en présentant votre carte de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous.

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

Votre opticien envoie un devis détaillé au centre de gestion VIASANTÉ Mutuelle. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention VIASANTÉ Mutuelle.

Vous pouvez connaître les opticiens agréés :

- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé),
- ou en consultant notre site Internet : www.ag2rlamondiale.fr/55-ans-et-plus

Vous pouvez, notamment, reconnaître les opticiens partenaires à l'autocollant présent sur leur vitrine.

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'adresse au centre de gestion VIASANTÉ Mutuelle. En retour, il reçoit un courrier mentionnant le montant de l'intervention VIASANTÉ Mutuelle sur chaque acte dentaire.

Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

25. 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. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

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

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

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement est conventionné ou non.

Dans un établissement de santé privé non conventionné, les frais à la charge du patient sont plus importants.

MÉDECIN TRAITANT ET CORRESPONDANT

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

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

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

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.

Elle est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse,
- des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).

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 « responsable ».

FRANCHISE

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

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.

Certaines personnes en sont exonérées :

- jeunes de moins de 18 ans,
- bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État,
- femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

SANTÉ-FO SENIOR

Pour plus d'informations
sur notre complémentaire santé,
contactez-nous au :

09 74 50 1234

(appel non surtaxé)

www.ag2rlamondiale.fr

122021 - 60368



VIASANTÉ Mutuelle -
Mutuelle soumise aux
dispositions du Livre II du
Code de la Mutualité
immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Siège social : VIASANTÉ Mutuelle -
14-16 boulevard Maiesherbes 75008 Paris - Assureur.
AG2R Prévoyance, Institution de prévoyance
régie par le code de la Sécurité sociale,
membre d'AG2R LA MONDIALE
14-16 boulevard Maiesherbes 75008 Paris -
Membre du GIE AG2R - Distributeur et gestionnaire.
Document non contractuel
© Adobe Stock - Shutterstock - Fotolia
Soleiádo Communication

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

