



AG2R LA MONDIALE

Santé

Notice d'information

Convention collective nationale
du Secteur sanitaire social et
médico-social du 26 août 1965

Ensemble du personnel
Garanties au 1^{er} avril 2021

Sommaire

Sommaire	3
Présentation	5
Votre régime complémentaire obligatoire	7
Vos garanties	7
Comment bénéficier des garanties	14
Actes et frais garantis	14
Bénéficiaires des garanties	14
Début des garanties	14
Cessation des garanties	14
Maintien des garanties	15
Cotisations	17
Vos régimes facultatifs	18
Régime complémentaire pour vos ayants droit	18
Objet du régime	18
Bénéficiaires des garanties	18
Actes et frais garantis	18
Régime surcomplémentaire	19
Objet du régime	19
Bénéficiaires des garanties	19
Actes et frais garantis	19
Vos garanties	20
Début des garanties	29
Changement d'option	29
Cessation des garanties	30
Cotisations	30
Indexation	30
Résiliations individuelles	30
Adhésion à distance	31
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	32
Dispositions générales	34
Limites des garanties	34
Plafond des remboursements	35
Recours contre les tiers responsables	35
Prescription	35
Réclamations - médiation	35
Protection des données à caractère personnel	36
Autorité de contrôle	37
Modalités de gestion	38
Votre affiliation	38
Vos remboursements	38
Quelques informations utiles	41
Mes services	45

Découvrez notre application mobile « Ma santé ».....	45
Découvrez notre application mobile « Service client »	45
La demande de remboursement de soins devient digitale	46
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers.....	48

Présentation

Votre employeur, relevant de **la Convention Collective nationale du Secteur sanitaire et social et médico-social du 26 août 1965**, a mis en place un régime de frais de santé au profit de l'ensemble du personnel.

Ces garanties comprennent :

- un régime **complémentaire obligatoire** pour vous-même et facultatif pour vos ayants droit ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** avec choix entre 2 options pour vous-même et vos ayants droit, si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime complémentaire.

Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire, votre affiliation au régime complémentaire est indispensable.

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

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 complémentaire obligatoire

Vos garanties

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

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

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. 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-referance/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	
– Pour le secteur conventionné	150 % de la BR
– Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes lourds	100 % des FR
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR
Chambre particulière (avec ou sans nuitée) pour le secteur conventionné	100 % des FR limité à 1,5 % du PMSS par jour
Personne accompagnante par jour pour le secteur conventionné	100 % des FR limité à 1,5 % du PMSS par jour

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % 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.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Ostéodensitométrie osseuse	40 € par an
– Médecine douce : (acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, étioopathes, psychologues, psychomotriciens) ⁽¹⁾	25 € par acte limité à 2 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Non remboursés ou non par la Sécurité sociale	
– Contraception	100 € par an
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Non remboursée par la Sécurité sociale	
– Vaccins prescrits	25 € par an
– Substitut nicotinique	40 € par an
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	125 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

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

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽⁴⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	400 € par oreille avec un minimum de 100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	400 € par oreille avec un minimum de 100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

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

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

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	225 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du fond de la bouche	150 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	125 % de la BR
– Inlay core	125 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	225 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du fond de la bouche	150 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	200 % de la BR
-------------	----------------

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Implantologie	200 € par an
Parodontologie	200 € par an
Prothèses dentaires	250 % de la BR

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

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

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement. Les inlay core et les autres appareillages prothétiques dentaires relevant du panier livre sont pris en charge dans la limite globale de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire. Au-delà, les postes sont pris en charge à hauteur de 125 % de la BR.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Équipement de Classe A : (monture + 2 verres) quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV (dont 30 € maximum pour la monture)
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 ou B)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Équipement de Classe B (monture + 2 verres) quel que soit l'âge ⁽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 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	3 % du PMSS par an ⁽⁴⁾
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil et par an

(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.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(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.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(4) Avec un minimum de 100 % de la BR pour les lentilles acceptées par la Sécurité sociale.

Grille Optique

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

Verres	Types de correction	Remboursement par verre Adulte et Enfant de 16 ans et + et enfant de - 16 ans Classe A	Remboursement par verre Adulte et Enfant de 16 ans et + et enfant de - 16 ans Classe B
Unifocaux	sphère de 0 à -/+2		55 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	55 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		60 €
	sphère < -8 ou > +8		75 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		65 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	65 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		70 €
	cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		80 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0		85 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	85 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		90 €
	cylindre > +4 sphère < -8		95 €
Multifocaux et progressifs	sphère de 0 à -/+2		120 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	120 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		130 €
	sphère < -8 ou > +8		130 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		145 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	145 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		150 €
	cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		155 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0		145 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	145 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		150 €
	cylindre > +4 sphère < -8		155 €

Montures et autres LPP	Verre neutre	100% FR dans la limite des PLV	55 €
	Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coques, enfant de moins de 6 ans)		100 €
Suppléments	Prisme incorporé adulte	100 % BR	
	Prisme incorporé enfant	100 % BR	
	Prisme souple enfant moins de 6 ans	100 % BR	
	Antiptosis Adulte	100 % BR	
	Antiptosis Enfant	100 % BR	
	Iséiconiques Adulte	100 % BR	
	Iséiconiques Enfant	100 % BR	
	Filtre teinté	100 % BR	
	Filtre ultraviolet moins de 18 ans	100 % BR	
	Filtre occlusion partielle moins de 6 ans	100 % BR	
	Adaptation verres de classe A	100 % BR	
	Adaptation verres de classe B	10 € par adaptation	
	Appairage niveau 1	100 % BR	
	Appairage niveau 2	100 % BR	
Appairage niveau 3	100 % BR		

PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement

100 € par an

Comment bénéficiaire des garanties

Afin de vous faire bénéficiaire du régime conventionnel obligatoire, votre entreprise doit nous retourner les contrats d'adhésions signés afin de les mettre en gestion.

Ensuite, elle réalise votre affiliation personnelle soit via l'espace dédié aux entreprises sur notre site internet, soit via un numéro de téléphone dédié aux affiliations.

Pour finaliser votre affiliation au régime complémentaire obligatoire, votre entreprise peut vous demander des pièces justificatives (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire, ...).

Modification de situation

En cas de modification de votre situation (changement d'adresse, de coordonnées bancaires...), informez-en le centre de gestion.

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.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue à l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Bénéficiaires des garanties

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

- vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale du Secteur sanitaire et social et médico-social du 26 août 1965.

À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).

Début des garanties

- à la date 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.

Cessation des garanties

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion ;
- au dernier jour du mois de la date de fin de portabilité, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

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.

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.

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- l'exercice du droit de grève,
- un congé non rémunéré n'excédant pas un mois continu,
- un congé de solidarité familiale.

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 : notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance dans ces cas de suspension du contrat de travail. 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.

Lorsque le contrat de travail est suspendu en cours de mois, la première cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien de cette assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet de la suspension du contrat de travail ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues dans le cadre des cessations des garanties ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir la garantie complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, le droit à garanties reprend dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

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, ainsi qu'à vos bénéficiaires, 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.

Ayants droit du salarié décédé

En cas de décès du salarié, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, aux ayants droit qui étaient déjà couverts avant la date du décès. Les cotisations sont prélevées, mensuellement et à terme échu, sur le compte bancaire communiqué par les ayants droit.

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

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.

En cas de cessation des garanties collectives

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

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

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

Cotisations

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

Vos régimes facultatifs

Les régimes facultatifs sont applicables que si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Régime complémentaire pour vos ayants droit

Objet du régime

Faire bénéficier votre famille du régime complémentaire.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve de compléter la partie « Adhésion facultative - Ayants droit » du bulletin d'affiliation santé et de régler la cotisation correspondante

- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité;
- vos enfants et ceux de votre conjoint, âgés de moins de 26 ans :
 - étudiants ;
 - demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois ;
 - en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents ;
- vos enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

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).

Actes et frais garantis

Les garanties sont identiques à celles du régime complémentaire obligatoire du salarié.

Régime surcomplémentaire

Le régime surcomplémentaire s'applique si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime complémentaire est obligatoire.

Par ailleurs, l'affiliation au régime surcomplémentaire s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires du régime complémentaire.

Objet du régime

Améliorer vos remboursements en choisissant un des **2 options facultatives (Option 1 ou Option 2)** venant s'ajouter à votre régime complémentaire.

Le choix de l'option s'applique obligatoirement à tous les bénéficiaires du régime.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve de compléter la partie « Adhésion facultative – Régime surcomplémentaire facultatif » et de régler une cotisation supplémentaire

- **Vous-même**, assuré social, salarié relevant de Convention collective nationale des Entreprises de prévention et sécurité ;
- **votre conjoint**, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité.
- **vos enfants à charge** (voir définition en page 17).

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.

Vos garanties

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale et le régime complémentaire obligatoire.

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

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

Option 1

Option 2

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Frais de séjour

– Pour le secteur conventionné

200 % de la BR

300 % de la BR

– Pour le secteur non conventionné

100 % de la BR

100 % de la BR

Forfait hospitalier

100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Forfait actes lourds

100 % des FR

Honoraires

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

• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.

220 % de la BR

300 % de la BR

• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.

200 % de la BR

200 % de la BR

• Pour le secteur non conventionné

100 % de la BR

100 % de la BR

Chambre particulière (avec ou sans nuitée) pour le secteur conventionné

100 % des FR limité à 2,25 % du PMSS par jour

100 % des FR limité à 3 % du PMSS par jour

Personne accompagnante par jour pour le secteur conventionné

100 % des FR limité à 2,25 % du PMSS par jour

100 % des FR limité à 3 % du PMSS par jour

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2

Honoraires médicaux

Remboursés par la Sécurité sociale		
– Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	150 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	220 % de la BR	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR	200 % 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	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	125 % de la BR	150 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	125 % de la BR	150 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale		
– Ostéodensitométrie osseuse	60 € par an	80 € par an
– Médecine douce : (acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, étioopathes, psychologues, psychomotriciens) ⁽¹⁾	30 € par acte limité à 2 actes par année civile	50 € par acte limité à 2 actes par année civile

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR	150 % de la BR
---	----------------	----------------

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR	175 % de la BR
--	----------------	----------------

Médicaments

Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR
Non remboursés ou non par la Sécurité sociale		
– Contraception	200 € par an	300 € par an

Pharmacie (hors médicaments)

Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR
Non remboursée par la Sécurité sociale		
– Vaccins prescrits	50 € par an	100 € par an

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
– Substitut nicotinique	60 € par an	80 € par an

Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	150 % de la BR	200 % de la BR
---	----------------	----------------

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	100 % de la BR
---	----------------	----------------

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

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

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

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	800 € par oreille avec un minimum de 100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)	1200 € par oreille avec un minimum de 100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	800 € par oreille avec un minimum de 100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)	1200 € par oreille avec un minimum de 100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR	100 % de la BR

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

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

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

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾		
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	
Prothèses		
Panier maîtrisé ⁽²⁾		
– Inlay, onlay	150 % de la BR dans la limite des HLF	175 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	150 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	260 % de la BR dans la limite des HLF	295 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du fond de la bouche	185 % de la BR dans la limite des HLF	220 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾		
– Inlay simple, onlay	150 % de la BR	175 % de la BR
– Inlay core	150 % de la BR	200 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	260 % de la BR	295 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires : dents du fond de la bouche	185 % de la BR	220 % de la BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
Orthodontie	300 % de la BR	350 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Implantologie	300 € par an	500 € par an
Parodontologie	300 € par an	500 € par an
Orthodontie	Néant	250 % de la BR
Prothèses dentaires	300 % de la BR	350 % de la BR

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

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

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement. Les inlay core et les autres appareillages prothétiques dentaires relevant du panier maîtrisé (dans la limite des HLF) et libre sont pris en charge dans la limite globale de 1050 € hors RSS (option 1) et de 1450 € hors RSS (option 2) par an et par bénéficiaire. Au-delà, les postes sont pris en charge à hauteur de 125 % de la BR.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1	Option 2

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Équipement de Classe A : (monture + 2 verres) quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV (dont 30 € maximum pour la monture)	
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 ou B)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	

Équipements libres ⁽³⁾

Équipement de Classe B (monture + 2 verres) quel que soit l'âge ⁽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 % de la BR + 10 € par adaptation dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR	

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	3 % du PMSS par an ⁽⁴⁾	6,5 % du PMSS par an ⁽⁴⁾
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	600 € par œil et par an	800 € par œil et par an

(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.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(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.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(4) Avec un minimum de 100 % de la BR pour les lentilles acceptées par la Sécurité sociale.

Grille optique option 1

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

Verres	Types de correction	Remboursement par verre Adulte et Enfant de 16 ans et + et enfant de - 16 ans Classe A	Remboursement par verre Adulte et Enfant de 16 ans et + et enfant de - 16 ans Classe B
Unifocaux	sphère de 0 à -/+2		85 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	85 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		85 €
	sphère < -8 ou > +8		90 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		85 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	85 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		90 €
	cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		95 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0		105 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	105 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		110 €
	cylindre > +4 sphère < -8		115 €
	Multifocaux et progressifs	sphère de 0 à -/+2	
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		100% FR dans la limite des PLV	140 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8			150 €
sphère < -8 ou > +8			150 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2			165 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		100% FR dans la limite des PLV	165 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8			170 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S			175 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0			165 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		100% FR dans la limite des PLV	165 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25			170 €
cylindre > +4 sphère < -8			175 €

Montures et autres LPP	Verre neutre	100% FR dans la limite des PLV	85 €
	Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coques, enfant de moins de 6 ans)		100 €
Supplements	Prisme incorporé adulte	100 % BR	
	Prisme incorporé enfant	100 % BR	
	Prisme souple enfant moins de 6 ans	100 % BR	
	Antiptosis Adulte	100 % BR	
	Antiptosis Enfant	100 % BR	
	Iséiconiques Adulte	100 % BR	
	Iséiconiques Enfant	100 % BR	
	Filtre teinté	100 % BR	
	Filtre ultraviolet moins de 18 ans	100 % BR	
	Filtre occlusion partielle moins de 6 ans	100 % BR	
	Adaptation verres de classe A	100 % BR	
	Adaptation verres de classe B	10 € par adaptation	
	Appairage niveau 1	100 % BR	
	Appairage niveau 2	100 % BR	
Appairage niveau 3	100 % BR		

PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

Grille optique option 2

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

Verres	Types de correction	Remboursement par verre Adulte et Enfant de 16 ans et + et enfant de - 16 ans Classe A	Remboursement par verre Adulte et Enfant de 16 ans et + et enfant de - 16 ans Classe B
Unifocaux	sphère de 0 à -/+2		95 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	95 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		100 €
	sphère < -8 ou > +8		110 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		105 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	105 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		110 €
	cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		115 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0		125 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	125 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130 €
	cylindre > +4 sphère < -8		135 €
	Multifocaux et progressifs	sphère de 0 à -/+2	
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		100% FR dans la limite des PLV	160 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8			170 €
sphère < -8 ou > +8			170 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2			185 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		100% FR dans la limite des PLV	185 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8			190 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S			195 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0			185 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		100% FR dans la limite des PLV	185 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25			190 €
cylindre > +4 sphère < -8			195 €

Montures et autres LPP	Verre neutre	100% FR dans la limite des PLV	95 €
	Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coques, enfant de moins de 6 ans)		100 €
Suppléments	Prisme incorporé adulte	100 % BR	
	Prisme incorporé enfant	100 % BR	
	Prisme souple enfant moins de 6 ans	100 % BR	
	Antiptosis Adulte	100 % BR	
	Antiptosis Enfant	100 % BR	
	Iséiconiques Adulte	100 % BR	
	Iséiconiques Enfant	100 % BR	
	Filtre teinté	100 % BR	
	Filtre ultraviolet moins de 18 ans	100 % BR	
	Filtre occlusion partielle moins de 6 ans	100 % BR	
	Adaptation verres de classe A	100 % BR	
	Adaptation verres de classe B	10 € par adaptation	
	Appairage niveau 1	100 % BR	
	Appairage niveau 2	100 % BR	
Appairage niveau 3	100 % BR		

PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

Option 1

Option 2

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement

200 € par an

300 € par an

Début des garanties

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires, les garanties prennent effet :

- 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 ;
- ou au 1^{er} jour du mois suivant la demande si le bulletin d'affiliation complet a été envoyé après le 15 du mois.

[Tout choix ou changement de formule de garantie concerne l'ensemble des personnes assurées.](#)

Changement d'option

Vous pouvez changer d'option de garanties au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à l'une des options de garanties. Lorsque vous justifiez d'une modification de situation familiale (mariage, signature d'un Pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin signataire ou non d'un Pacte civil de solidarité, ou d'un enfant à charge) dans les 2 mois précédant votre demande de changement d'option :

- la condition de 2 années complètes d'affiliation n'est pas requise ;

- le changement intervient le 1^{er} jour du mois suivant la demande

Cessation des garanties

Pour tout salarié et ses 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 régime complémentaire obligatoire ;
- en cas de résiliation de votre part.

Toutefois, en cas de modification dans la situation familiale, cette condition n'est pas requise, et le changement intervient au jour de l'événement.

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

| [Tout changement de régime concernera l'ensemble des bénéficiaires.](#)

Cotisations

Les cotisations sont notamment prélevées, mensuellement et à terme échu, sur votre compte bancaire.

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

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

Indexation

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue (éléments fournis par les Caisses nationales d'assurance maladie) ;
- de l'équilibre global du portefeuille de l'organisme assureur.

Cette indexation vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue.

Lorsque vous vous opposez avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, votre affiliation est automatiquement résiliée au 31 décembre de l'année en cours.

À défaut d'opposition notifiée sur l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours, les cotisations indexées s'appliquent de plein droit.

Résiliations individuelles

Résiliation annuelle à l'initiative du salarié

La résiliation annuelle de l'affiliation à l'initiative du salarié peut être effectuée au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier. Elle est alors notifiée à l'organisme assureur, selon le choix du salarié :

- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'Espace client via le site www.ag2ramondiale.fr ;
- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2ramondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation annuelle par écrit.

Résiliation infra-annuelle à l'initiative du salarié

La résiliation à l'initiative du salarié peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première affiliation au contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification.

En cas de résiliation à tout moment d'une affiliation dont les cotisations sont appelées par avance directement auprès du salarié, ce dernier n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, l'organisme assureur s'engage à rembourser le solde restant dû au salarié dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Les formalités de notification de la résiliation infra-annuelle sont effectuées par principe par le nouvel assureur à la place du salarié lorsque celui-ci souscrit un nouveau contrat individuel ou adhère à un nouveau contrat collectif facultatif. Dans ce cas, le nouvel assureur du salarié notifie, auprès de l'organisme assureur, la résiliation du contrat du participant par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable au participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. En tout état de cause, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du contrat d'adhésion résilié.

Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout salarié qui peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire. La résiliation par un salarié s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Adhésion à distance

Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

Éléments communiqués à l'assuré

En temps utile, avant la conclusion à distance d'un contrat, l'assuré reçoit les informations suivantes :

1. La dénomination de l'organisme assureur contractant, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.
2. Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.
3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.
4. La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.
5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.

6. La loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat.

7. Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée. En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l'organisme assureur ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le souscripteur. La personne en contact avec le souscripteur doit en outre préciser son identité et son lien avec l'organisme assureur.

Droit à renonciation

Dans le cadre des obligations liées à la commercialisation à distance, il est ouvert à l'assuré sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus courant :

- à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion ;
- ou à partir du jour où l'assuré reçoit les conditions d'adhésion et le présent document (si cette date est postérieure).

Le délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé.

Lorsque l'assuré exerce son droit de renonciation, il est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période durant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité.

Cette renonciation de l'adhésion entraîne la restitution par l'assuré à l'organisme assureur de toute somme reçue de celui-ci (à l'exception de celles correspondantes à la période durant laquelle le risque a couru), dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'organisme assureur reçoit notification de l'assuré de sa volonté de se rétracter. Passé ce délai, la somme due est de plein droit productive.

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

Est visée : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. »

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 motif ni à supporter de pénalité.

Au titre du présent contrat, le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion par l'assuré.

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. L'organisme assureur est tenu de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente 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 l'Institution si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Modèle de renonciation

La demande de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance doit être adressée à votre centre de gestion. Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec AR :

J'ai souscrit une adhésion pour le produit « Régime frais de santé **Secteur sanitaire et social et médico-social** » auprès de votre organisme le ____ / ____ / ____, sous le numéro _____.

Le contrat a été souscrit à distance ou suite à mon démarchage (rayer la mention inutile).

Après réflexion, et comme 14 jours ne se sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'affiliation (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion.

Date et Signature

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

Quand l'action de l'employeur, 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.ag2ramondiale.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 à l'organisme assureur tout changement de situation familiale.

Vos remboursements

Télétransmission

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

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

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

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

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

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

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

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

Païement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont vous aurez transmis les coordonnées bancaires à l'organisme assureur. L'organisme assureur doit vous adresser un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur www.ag2rlamondiale.fr/

Liste des justificatifs nécessaires

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

Hospitalisation médicale et chirurgicale

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

Dentaire

- Prothèses dentaires remboursées et non remboursées : décompte de l'assurance maladie obligatoire (si prothèse remboursée et pas de télétransmission) et facture détaillant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée,
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM),
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.
- Orthodontie non remboursée : facture acquittée précisant les dates de début et de fin de période (trimestre, semestre, contention).
- 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, étio-pathe : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées (ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, psychomotricien).
- Sevrage tabagique: facture acquittée, et prescription médicale.
- 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 à l'organisme assureur les justificatifs correspondants :

- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

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

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

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

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

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

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

Tiers payant

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

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

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

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

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

Carte de tiers payant

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

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

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

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

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

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

En matière d'optique

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

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

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

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

Réseau ITELIS

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

En cas de pose d'une prothèse dentaire

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est préférable de faire établir un devis par votre chirurgien-dentiste. Ce dernier l'envoie à l'organisme assureur. En retour, il vous est notifié le montant de l'intervention complémentaire sur chaque acte dentaire.

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

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

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

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

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les bases de remboursement. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs de prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la 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 « annuairesante.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.

Forfait sur les actes dits « lourds »

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique aux actes pratiqués en ville ou en établissement de santé d'un coût "élevé", notamment ceux dont le tarif (ou base de remboursement de la Sécurité sociale) est égal ou supérieur à 120 €.

Ce forfait, dont le montant est de 24 €, est systématiquement pris en charge par l'organisme assureur complémentaire.

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.

Mes services

Découvrez notre application mobile « Ma santé »

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

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

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android :

<https://www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante>

L'application mobile « Ma santé » en détail

Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

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

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2ramondiale.fr/connexion/

Les autres services santé

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

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

Découvrez notre application mobile « Service client »

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

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2ramondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/

La foire aux questions (FAQ)

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

Les numéros de service client

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

La disponibilité du service client

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

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

Faites-vous rappeler !

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

La demande de remboursement de soins devient digitale

Quelques clics et puis c'est tout

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

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

À vous de jouer !

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

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

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

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

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

AG2R LA MONDIALE

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

Ou connectez-vous à votre espace client, sur le site dédié à votre branche professionnelle :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-sanitaires-social-medico-social/offre-la-sante-collective-dediee-a-la-ccn-65-sanitaires-sociaux-et-medico-sociaux>

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions en protection sociale, que vous pouvez retrouver sur le site www.ag2rlamondiale.fr

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Prévoyance

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

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Autres produits

Santé animaux
Crédit