



AG2R LA MONDIALE

Régime conventionnel frais de santé obligatoire
avec options facultatives « Confort » et « Sérénité »

Notice d'information

COMMERCE DE DÉTAIL ALIMENTAIRE
EN MAGASIN SPÉCIALISÉ

Salariés
Garanties au 1^{er} janvier 2024

Sommaire

Présentation	4
Votre régime conventionnel obligatoire	5
Vos garanties	5
Bénéficiaire du régime	11
Objet du régime	11
Comment bénéficier de ce régime.....	11
Actes et frais garantis	11
Début des garanties.....	11
Cessation des garanties	11
Cotisations	12
Votre régime surcomplémentaire facultatif	13
Vos garanties optionnelles « Confort » ou « Sérénité »	13
Comment bénéficier du régime facultatif	22
Actes et frais garantis	22
Début des garanties.....	22
Comment changer d'option	22
Cessation des garanties	23
Résiliations individuelles.....	23
Cotisations	24
Révision	24
Adhésion à distance	24
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	25
Dispositions générales	27
Maintien des garanties	27
Exclusions et limites des garanties.....	30
Limites des garanties.....	31
Plafond des remboursements.....	32
Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme	34
Mesures restrictives et sanctions internationales	34
Lutte contre la corruption et le trafic d'influence	34
Autorité de contrôle.....	37
Modalités de gestion.....	38
Affiliation	38
Les remboursements	38
Échanges dématérialisés	40
Quelques informations utiles	42
Mes services.....	46
Pour créer votre espace client, rien de plus simple.....	46
Découvrez notre application mobile « Côté santé »	46
Découvrez notre application mobile « service client »	46
Pour tout renseignement	47

Votre site internet	47
Pour nous contacter	47
Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels	48

Présentation

Les Partenaires sociaux de la **Convention collective nationale du Commerce de détail alimentaire spécialisé** [IDCC 3237] dont relève votre entreprise, ont accordé leur confiance à AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, comme assureur et gestionnaire de votre régime frais de santé.

Cette garantie comprend :

- un régime **conventionnel obligatoire** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** avec choix entre 2 options : « Confort » ou « Sérénité », si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime conventionnel.

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

Cette **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 conventionnel obligatoire

Vos garanties

Les niveaux d'indemnisation s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

CCAM : Classification commune des actes médicaux.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		220% BR	
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR	
Chambre particulière (*)		70€ par jour	
Frais d'accompagnement			
Frais d'accompagnement d'un « ayant droit » (**) (sur présentation d'un justificatif)		35€ par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours par année civile.

(**) La notion « d'ayant droit » s'entend au sens des dispositions prévues au titre des « Modalités de maintien du régime frais de santé au profit des ayants droit du salarié décédé ».

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	195% BR 175% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, EthioPATIE, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux		
Psychologues (actes remboursés SS)	100 % BR	
Kinésithérapeutes	120% BR	
Autres auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100% BR	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments remboursés SS	100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) remboursée SS	100% BR	
Pharmacie (et médicaments) non remboursés SS :		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite et médicaments non remboursés SS (*)	Crédit de 150€ par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	200% BR + Crédit de 300€ par année civile	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	

(*) médicaments achetés en officine reconnue, dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé ^(*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV ^(***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres ^(****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100% BR + 800€ ^(***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR + 300€ ^(***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ^(*)	100% BR	

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

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

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

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

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé ^(**)		
Inlay, onlay	200% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	400% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay	200% BR	
Inlay core	400% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	400% BR	
Parodontologie	Crédit de 200€ par année civile	
Implants dentaires (pilier et implant)	800€ par implant limité à 3 implants par année civile	
Orthodontie	250% BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

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

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Forfait de 100€	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type 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	100% BR dans la limite des PLV	
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 B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 160€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1100€ par œil et par année civile	

(*) Equipements 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

(***) Equipements 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.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	85€
		SPH < à -6 ou > à + 6	150€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	85€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	85€
		SPH > 0 et S > + 6	150€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	170€
		SPH < à -4 ou > à + 4	265€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	170€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	170€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	265€
		SPH > 0 et S > + 8	265€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	265€

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	250€ limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 150€
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	
	100 % BR
Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire	
Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application de la convention existant entre AG2R Prévoyance et l'assisteuse (protocole n° 921326).	

Bénéficiaire du régime

Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise ou d'un établissement relevant du champ d'application de la **Convention collective nationale du Commerce de détail alimentaire spécialisé** [IDCC 3237].

Objet du régime

Vous faire bénéficier d'une complémentaire santé dont le coût est pris en charge en partie par votre entreprise. Ce régime frais de santé complète les remboursements de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Comment bénéficier de ce régime

Afin de vous faire bénéficier 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 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 (changement d'adresse, de coordonnées bancaires, ...), informez-en votre centre de gestion en utilisant la fiche de correspondance disponible sur demande ou sur le site internet dédié : <https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/commerce-de-detail-alimentaire-specialise>

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 la 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 dans le résumé des garanties en annexe.

Début des garanties

- À la date d'effet du contrat d'adhésion de votre entreprise 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

Les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui vous lie à l'entreprise adhérente, ou en cas de maintien des droits visé ci-après, le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'être garanti.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, les garanties peuvent être maintenues, au profit du salarié, jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Les garanties cessent d'être accordées dans tous les cas en cas de résiliation du contrat d'adhésion

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations par l'employeur.

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.

Cotisations

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié. Le montant de vos cotisations figure sur votre bulletin de salaire.

Votre régime surcomplémentaire facultatif

Vos garanties optionnelles « Confort » ou « Sérénité »

Vous pouvez améliorer vos remboursements à travers le choix de 2 options facultatives (« Confort », ou « Sérénité ») résumées dans les tableaux ci-après, venant s'ajouter à votre régime conventionnel obligatoire, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Option « Confort »

Les prestations viennent en complément de la part Sécurité sociale et du régime conventionnel obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+50% BR	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+50% BR Néant	
Chambre particulière (*)		+10€ par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours.

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+25% BR +25% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+50% BR Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+50% BR Néant
▶ non remboursés SS		
Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Ethioopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Reflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle. (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+15€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ crédit de 100€ par année civile	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+ 300€ (**)	

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

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de BASE et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(**) 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).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
▶ Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+200% dans la limite des HLF (***)	
Inlay core	+100% BR dans la limite des HLF (***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+100% BR dans la limite des HLF (***)	
▶ Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+200%-BR	
Inlay core	+100% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+100% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+100% BR	
Parodontologie	+ Crédit de 150€ par année civile	
Implants dentaires (pilier et implant)	+ Crédit de 400€ par année civile	
Orthodontie	+150% BR	

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

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit « BASE » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 50€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 50€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 500€ par œil et par année civile	

(*) Equipements 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+35€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+50€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+35€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+35€
		SPH > 0 et S > + 6	+50€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+50€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+50€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+50€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+45€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+50€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+50€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+45€
		SPH > 0 et S > + 8	+45€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+45€

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

(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit « BASE » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	+100€ limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ Forfait de 150€

Option « Sérénité »

Les prestations viennent en complément de la part Sécurité sociale et du régime conventionnel obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour	+100% BR	
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+100% BR Néant
Chambre particulière (*)	+20€ par jour	
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un « ayant droit » (**) (sur présentation d'un justificatif)	+5€ par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours.

(**) La notion « d'ayant droit » s'entend au sens des dispositions prévues au titre des « Modalités de maintien du régime frais de santé au profit des ayants droit du salarié décédé ».

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+55% BR +25% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+100% BR Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+100% BR Néant
► non remboursés SS		
Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Ethioopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Reflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle. (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL1 ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+30€ par acte limité à 4 actes par année civile	

Pharmacie (et médicaments) non remboursés SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite et médicaments non remboursés SS (*)	+ Crédit de 50€ par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ Crédit de 200€ par année civile

(*) médicaments achetés en officine reconnue, dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+500€ (**)	

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

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de BASE et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(**) 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).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
► Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+375% BR dans la limite des HLF (***)	
Inlay core	+175% BR dans la limite des HLF (***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+175% BR dans la limite des HLF (***)	
► Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+375% BR dans la limite des HLF (***)	
Inlay core	+175% BR dans la limite des HLF (***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+175% BR dans la limite des HLF (***)	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+150% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+175% BR	
Parodontologie	+ Crédit de 150€ par année civile	
Implants dentaires (pilier et implant)	+ Crédit de 750€ par année civile	
Orthodontie	+200% BR	

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

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit « BASE » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 100€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 100€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 700€ par œil et par année civile	

(*) Equipements 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;

- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome ;

- hypertension intraoculaire isolée ;

- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;

- rétinopathie diabétique ;

- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;

- cataracte évolutive à composante réfractive ;

- tumeurs oculaires et palpébrales ;

- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;

- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;

- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;

- kératocône évolutif ;

- kératopathies évolutives ;

- dystrophie cornéenne ;

- amblyopie ;

- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+75€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+95€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+75€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+75€
		SPH > 0 et S > + 6	+95€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+95€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+95€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+110€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+85€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+110€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+110€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+85€
		SPH > 0 et S > + 8	+85€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+85€

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

(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit « BASE » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	+300€ limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ Forfait de 350€

Comment bénéficiaire du régime facultatif

Complétez la partie régime surcomplémentaire facultatif du bulletin d'affiliation santé, ou bien connectez-vous à votre espace client, si votre entreprise a effectué votre affiliation via notre site internet.

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 la 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 dans le résumé des garanties en annexe.

Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au résumé des garanties). Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Début des garanties

Pour le participant, les garanties prennent effet :

- au plus tôt, le 1^{er} jour du mois durant lequel l'Institution reçoit le bulletin d'affiliation complet, si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la demande si le bulletin d'affiliation complet a été envoyé après le 15 du mois.

Les affiliations individuelles sont souscrites par le participant pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite tacitement chaque année au 1^{er} janvier, pour une année civile, sauf résiliation exprimée par le participant.

Comment changer d'option

Vous pouvez changer d'option :

- **pour une amélioration des garanties** (« Confort » vers « Sérénité ») : au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception au centre de gestion ;
- **pour une baisse de niveau des garanties** (« Sérénité » vers « Confort ») : au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 6 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception au centre de gestion, un tel changement ne pouvant intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à l'une des garanties ;

Les dispositions ci-dessus ne font pas obstacle à l'application des dispositions réglementaires relatives à la résiliation infra-annuelle du salarié. Dans ce cas, lorsque l'exercice du droit à la résiliation infra-annuelle du salarié entraîne le retour au régime conventionnel seul, toute nouvelle affiliation à l'une des options facultatives (« Confort » ou « Sérénité ») n'est alors possible qu'après un délai de **2 ans**.

Attention

La baisse de niveau des garanties consistant à passer vers le régime conventionnel obligatoire seul, n'est pas un changement d'option, mais une résiliation du régime surcomplémentaire facultatif (voir paragraphe « Cessation des garanties »).

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente, ou en cas de maintien des droits visé ci-après, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles 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.

La garantie cesse d'être accordée dans tous les cas en cas de résiliation des affiliations individuelles ou du contrat collectif d'adhésion.

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations. Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

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.ag2rlamondiale.fr ;
- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2rlamondiale.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 salarié 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 salarié 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.

Le gestionnaire (pour le compte de l'organisme assureur) accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable au salarié 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.

Cotisations

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur votre compte bancaire. Il faut donc bien penser à remplir le mandat de prélèvement.

En cas de non-paiement des cotisations de votre régime surcomplémentaire facultatif, dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'organisme assureur vous adressera une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, l'organisme assureur informe de la cessation automatique des garanties. En cas d'arrêt de travail du salarié, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation.

Révision

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur. Elles peuvent être revues en cas de changement de ces textes.

Les cotisations pourront être révisées en fonction du rapport sinistre/prime en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale totale, de l'évolution démographique des populations garanties, des résultats techniques mutualisés et perspectives de l'ensemble des contrats des entreprises ayant souscrit au présent régime, et au minimum selon le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie.

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 » 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

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Avec indemnisation

Le bénéfice des garanties est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu. En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

Les garanties reprennent effet dès la reprise de travail par le salarié au sein de l'effectif assuré.

Toutefois, le régime et les cotisations salariales et patronales seront maintenus dans les mêmes conditions que celle des salariés en activité au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu dès lors que pendant cette période ils bénéficient :

- soit d'un maintien de salaire, total ou partiel, de l'employeur,
- soit d'un congé maternité, d'adoption ou paternité,
- soit d'indemnités journalières ou rentes d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'indemnités journalières ou rentes d'invalidité complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale (au-delà de la période de maintien du régime frais de santé, pour les participants en bénéficiant, dans le cadre des dispositions prévues au 1) ci-dessus),
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits ;
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...).

Sans indemnisation

Par ailleurs, dans les situations où il y a suspension du contrat de travail du salarié, autres que celles citées ci-dessus (par exemple en cas d'un congé parental d'éducation, un congé de présence parentale, un congé de solidarité familiale, un congé pour création d'entreprise, un congé de formation), le salarié peut demander à titre individuel auprès de l'assureur à continuer de bénéficier du régime pendant la durée de ce congé.

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir les garanties lors de son départ en congé ou en cas d'absence.

La cotisation totale (part patronale et salariale prévue pour le personnel en activité) est à la charge exclusive du salarié. Celui-ci doit verser directement sa cotisation à l'assureur. La cotisation est payable mensuellement à terme échu par le salarié selon les modalités fixées par l'organisme assureur (prélèvements bancaires).

Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la première cotisation au régime 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 facultatif due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien de ces garanties prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de maintien des garanties.

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

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

Les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'adhésion, bénéficient du maintien de ces garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime frais de santé ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Les participants bénéficiant du dispositif de portabilité bénéficient des garanties en frais de santé du contrat d'adhésion applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des participants en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions

Durée/Limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du participant et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant ne peut plus justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non - renouvellement ou résiliation du contrat collectif frais de santé.

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.

Si le participant 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.

Formalités de déclaration

L'employeur et/ou le participant doivent :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail du participant ;
- informer l'Institution 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 participant, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de Tiers Payant en cours de validité dans le cas où elles auraient été remises en format papier. Une nouvelle carte de Tiers Payant sera remise au participant pour la période de maintien des droits au titre de la portabilité.

Dès qu'il en a connaissance, le participant bénéficiant du dispositif de portabilité (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'Institution de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- l'impossibilité de justifier auprès de l'Institution 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 du participant.

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus 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 du participant et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment pourra être mise en œuvre.

Garanties

Les participants bénéficient des garanties frais de santé du présent contrat applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Païement 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.

Cotisations

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au contrat d'adhésion.

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la loi Évin

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés, 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, d'une allocation de préretraite, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

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

Cotisations

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

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

Cessation du maintien des garanties

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

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

Ayants droit du salarié décédé

En cas de décès d'un salarié en activité ou bénéficiant du maintien du régime frais de santé (ou au titre de la portabilité des droits, ou au titre des dispositions ci-après sur la législation « accident du travail / maladie professionnelle »), ses ayants droit bénéficieront à titre gratuit du maintien des droits aux prestations du régime frais de santé, et ce pendant une période de 12 mois courant à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès du salarié, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Ces ayants droit devront remplir un bulletin d'affiliation.

La nouvelle affiliation prendra effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation, au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du participant et au plus tard au lendemain de la demande.

Les ayants droit du participant répondent à la définition suivante :

- Le conjoint : l'époux(se) du participant, non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation.
- Le partenaire lié par un PACS : la personne ayant conclu avec le participant un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil.
- Le concubin : la personne avec laquelle le participant vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

- Les enfants à charge du participant : les enfants dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, est légalement établie (y compris les enfants reconnus ou recueillis) ou ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint, ce partenaire lié par un PACS ou ce concubin :
 - âgés de moins de 21 ans sans condition ;
 - jusqu'à la veille de leur 28^e anniversaire pour les enfants poursuivant des études dans l'enseignement secondaire, supérieur, professionnel ou en apprentissage ; ou poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ; ou inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi.
 - En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
- quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Salariés relevant de la législation « accident du travail/maladie professionnelle »

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un salarié bénéficiaire du présent régime, donnant lieu à un arrêt de travail de plus de 6 mois, les garanties seront maintenues sans paiement des cotisations pendant 12 mois à compter du 1^{er} jour du 7^e mois d'arrêt de travail.

Cette gratuité interviendra le 1^{er} jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail. Toute reprise de travail ou toute rupture du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1^{er} jour qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail. Cependant, tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial, conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la Sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « accidents du travail/maladies professionnelles ».

En cas de rechute au sens de la législation de la Sécurité sociale « accidents du travail/maladies professionnelles », tout salarié qui reprend le travail ou tout ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, conserve son droit à gratuité dans la limite des droits gratuits restant à courir.

En cas de cessation du contrat de travail, les anciens participants relevant de la législation « accidents du travail/maladies professionnelles » du régime de base de la Sécurité sociale bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, continuent à bénéficier après la rupture du contrat de travail des garanties du présent régime avec exonération des cotisations dans les conditions et limites fixées ci-dessus.

En cas de cessation des garanties collectives

Vous avez la possibilité 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.

Exclusions et limites des garanties

[Les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.](#)

Exclusions

Sauf indication contraire figurant au résumé des garanties, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

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

L'organisme assureur ne prendra pas en charge les soins indemnisés au titre :

- de la législation sur les pensions militaires ;
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique ;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Limites des garanties

Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale : lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'organisme assureur.

Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux : le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.

Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles) : le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

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

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice 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 du participant 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 le participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas le participant, et dans les opérations relatives à la couverture du risque accident lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'Organisme assureur à l'adhérent ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Organisme assureur du droit de la garantie contestée ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

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 participant 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.

Renseignements – réclamations – médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Organisme assureur auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé)

- Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22,
- Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00.

Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'Organisme assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat (le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s) droit, le(s) bénéficiaire(s)), ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser

- Par internet sur le site internet de l'Organisme assureur à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ;
- Via l'espace client ;
- Par courrier à l'adresse suivante :

AG2R LA MONDIALE

TSA 37001

59071 ROUBAIX CEDEX

- Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :
 - 09 72 67 22 22 pour les entreprises,
 - 09 69 32 20 00 pour les particuliers.

Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

L'Organisme assureur s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Organisme assureur, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> ;
- Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale

10, Rue Cambacérès

75008 Paris

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'Organisme assureur.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties, elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujéti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

À ce titre, l'entreprise s'engage à remettre, dès l'entrée en relation d'affaires, à l'Organisme assureur ou à son courtier le cas échéant, l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'entreprise et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'entreprise ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux participants pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'Organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'Organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

L'Organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligée de payer aucune somme au titre du contrat d'adhésion dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'Organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise déclare et garantit à l'Organisme assureur qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'Organisme assureur accessibles sur le site du Groupe AG2R LA MONDIALE ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du contrat d'adhésion ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quelle qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'entreprise ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'Organisme assureur pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

Échanges dématérialisés

La dématérialisation des échanges entre l'Organisme assureur et l'employeur ou le participant est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour l'employeur et le participant depuis le site www.ag2rlamondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par l'employeur ou le participant (ou renseignée par l'employeur sur l'Espace Client le cas échéant) ;
- et/ou à partir de « l'Espace Client » de l'employeur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

Il appartient à l'employeur ou au participant d'aviser immédiatement l'Organisme assureur de tout changement d'adresse électronique.

Lorsque l'Organisme assureur souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation de l'employeur ou du participant.

L'Organisme assureur vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par l'employeur ou le participant, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant à l'employeur de se connecter à son Espace Client.

La vérification par l'Organisme assureur du caractère adapté s'effectue annuellement.

Après les vérifications mentionnées ci-dessus, l'Organisme assureur peut mettre à disposition ou fournir à l'employeur ou au participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

L'employeur et le participant déclarent et reconnaissent en outre que tout écrit qui leur sera transmis par l'Organisme assureur sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'Organisme assureur.

L'employeur et le participant pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client de l'employeur, le cas échéant, seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non renouvellement du contrat.

L'employeur et le participant peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué ci-dessus n'est pas adapté à la situation de l'employeur ou du participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'Organisme assureur sous format papier.

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, l'employeur et le participant ont la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur l'Espace Client, soit par courrier adressé au siège social de l'Organisme assureur (AG2R Prévoyance, 14-16, boulevard Maiesherbes 75008 Paris).

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'Organisme assureur, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'Organisme assureur utilise :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- des coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Base légale

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 aux 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 mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- 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.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

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.

Profilage et décision automatisée

L'Organisme assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé 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. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Caractère obligatoire de la fourniture des données et conséquences éventuelles de la non-fourniture de ces données

Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas à l'Organisme assureur de les mettre en œuvre.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'Organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'entreprise et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Durées de conservation

Les données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescriptions légales en vigueur. A l'issue de ces délais, ses données seront purgées.

Ainsi, les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire.

Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme de son contrat.

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

La liste de ces destinataires est à disposition à l'adresse suivante : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Éventuels transferts de données vers un pays hors de l'Union européenne

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Dans un tel cas, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union Européennes présente bien des garanties appropriées pour assurer une protection des données équivalentes à celle prévue au sein de l'Union Européenne.

Notamment, figurent parmi ces garanties, les clauses contractuelles types, qui sont des modèles de clauses adoptées par la Commission européennes ou par les autorités de contrôle.

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. »

Droits de la personne concernée et modalités d'exercice de ces droits

Le bénéficiaire peut demander l'accès aux données le concernant et leur rectification. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de son traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

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.

L'Organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

L'organisme assureur informe de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Modalités de gestion

Affiliation

Le participant remplit le bulletin d'affiliation qui a été mis à sa disposition et y joint :

- la photocopie de son attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire et de celles de ses bénéficiaires, en cours de validité ;
- un relevé d'identité bancaire pour le virement direct des prestations sur son compte bancaire.

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

- 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, facture d'électricité ou facture de téléphone fixe aux 2 noms, ...)
- pour les partenaires liés par un PACS non dissous, la copie de la convention établissant leur engagement dans les liens du PACS, ayant été délivrée par la mairie, le notaire ou le greffe du tribunal d'instance.

Afin de pouvoir être couverts par les garanties souscrites, tous les bénéficiaires doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. Tout changement ultérieur de situation familiale devra être signalé au gestionnaire.

Les remboursements

Télétransmission

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

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

- si la 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 le remboursement n'est pas parvenu normalement au participant, ou sur demande expresse de l'Institution.

Si un (ou plusieurs) des bénéficiaires, 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'Institution l'original du décompte de l'Institution ayant remboursé la première partie des frais.

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

En cas d'engagement de dépenses pour frais d'optique, prothèses dentaires, appareillages ou autres prothèses, frais ayant entraîné des dépassements d'honoraires, il convient de vérifier que le montant des frais réels indiqué sur le décompte de l'assurance maladie obligatoire correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, il convient alors de transmettre à l'Institution la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte de l'assurance maladie obligatoire.

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement sont adressées par le bénéficiaire à l'Institution.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par l'organisme de base :

- les décomptes de règlement de la Sécurité sociale pour les actes remboursés par le régime obligatoire ;
- les décomptes de règlement de l'intervention d'un autre organisme complémentaire le cas échéant ;
- une attestation de radiation ou de non prise en charge pour les décomptes de règlement faisant référence à la télétransmission vers un autre organisme complémentaire que l'Institution.

Et dans tous les cas, tout justificatif ou facture permettant son traitement :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin ;
- en cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ;
- en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département, et l'attestation de la Sécurité Sociale ;
- en cas de prise en charge de frais de prothèses dentaires, d'implantologie ou parodontologie, une facture détaillée précisant le numéro de chaque dent traitée ou remplacée, la nature détaillée des actes (codes actes CCAM) et les honoraires détaillés concernant chaque acte ;
- en cas d'hospitalisation, le bordereau de facturation acquitté (clinique) mentionnant la discipline médico tarifaire (Code DMT ou DCS), ou l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement (hôpitaux) ;
- en cas de prise en charge de frais au titre des honoraires médicaux non remboursés (exemple : acupuncture, ostéopathie, chiropractie...), la facture acquittée et datée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées ;
- en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie densitométrie osseuse, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- en cas d'une garantie avec grille optique spécifique basée sur une correction plus détaillée que les actes de regroupement du régime obligatoire : prescription des verre(s) et/ou monture ou facture détaillée mentionnant la correction ;
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'Institution auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...) ;
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Fécondation In Vitro/Péridurale, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie médicaments prescrits non remboursés, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;
- en cas de demande de remboursement du « Forfait cure » (frais de voyage et d'hébergement), le décompte de l'assurance maladie obligatoire sur lequel figure l'acte « Honoraires de surveillance thermale ».

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

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet de l'émetteur avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

L'Institution peut conformément à la réglementation applicable, dans le cadre de ses prérogatives et finalités de traitement décrites, être amenée à demander au participant, à tout moment, les pièces justificatives suivantes :

- en cas de demande de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique comprenant une monture et/ou des verres avant le délai de droit commun prévu par le cahier des charges du contrat responsable :
 - la nouvelle prescription médicale (verres et/ou monture) et la prescription médicale initiale (verres et/ou monture) comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue précisant la nouvelle correction,
 - la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
- la prescription médicale des lentilles de correction ;
- la photographie des emballages non ouverts de lentilles de correction ;
- la photocopie de la carte de vue délivrée par l'opticien.

En cas de détection d'une anomalie, l'Institution se réserve le droit de limiter le remboursement sur la base de l'équipement réellement délivré, et non pas sur celui qui aura été facturé.

Paiement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur le compte bancaire du participant, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont les coordonnées bancaires ont été transmises à l'Institution.

L'Institution adresse au participant un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Il est également possible de connaître la nature et le montant des prestations versées en se connectant à l'ESPACE CLIENT sur www.ag2ramondiale.fr/

Échanges dématérialisés

Définition

La dématérialisation des échanges entre l'Institution et le participant est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

-à partir de « l'Espace Client » du participant (Espace Client Salarié) qui est un espace en ligne sécurisé accessible depuis le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2ramondiale.fr/accueil/>)

;

-et/ou à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le participant (ou renseignée par le participant sur l'Espace Client le cas échéant).

Il appartient au participant d'aviser immédiatement l'Institution de tout changement d'adresse électronique.

Chaque participant éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet du Groupe AG2R LA MONDIALE (<https://espace-client.ag2ramondiale.fr/accueil/>) auquel il accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux indications mentionnées dans la notice d'information. Cet Espace client lui donne accès à des renseignements et documents dématérialisés relatifs à son adhésion au contrat, lui permettant notamment :

- de visualiser un extrait des garanties du contrat ;
- d'affilier ses ayants droit ;
- de consulter et télécharger la carte de tiers payant ;
- d'envoyer des devis et demandes de remboursement de soins.

Mise en œuvre et vérifications par l'Institution

Lorsque l'Institution souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du participant.

L'Institution vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par le participant, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant au participant de se connecter à son Espace Client.

La vérification par l'Institution du caractère adapté s'effectue annuellement.

Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par l'Institution

Après les vérifications mentionnées ci-dessus, l'Institution peut mettre à disposition ou fournir au participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

Le participant déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'Institution sur support électronique sur le site internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'Institution.

Le participant pourra consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client du participant seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

Le participant peut à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué ci-dessus n'est pas adapté à la situation du participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'Institution sous format papier.

Droit d'opposition du participant

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, le participant a la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur l'Espace Client, soit par courrier adressé au siège social de l'Institution (AG2R Prévoyance, 14-16, boulevard Maiesherbes 75008 Paris).

Tiers payant

Il est remis au participant 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 peut être remise de façon dématérialisée.

Pour bénéficier du tiers payant, il faut présenter la carte de tiers payant, et le cas échéant :

- l'attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire ;
- la prescription médicale.

La carte de tiers payant reste la propriété de l'Institution. Le participant s'engage en toute hypothèse à ne plus utiliser la carte de tiers payant, qu'elle ait été remise en format papier ou de façon dématérialisée, à compter de la date de cessation des garanties. Toute somme payée par l'Institution, relative à des soins postérieurs à la cessation des garanties, devra être restituée par le participant.

L'entreprise s'engage, si la carte de tiers payant est en cours de validité et qu'elle a fait l'objet d'une remise en format papier, à la récupérer auprès du participant et à en assurer la restitution à l'Institution dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part de l'entreprise ou la résiliation du contrat.

Pour la période de maintien des droits, une nouvelle carte de tiers payant sera délivrée.

En cas de cessation anticipée de la période de maintien des droits au titre de la portabilité, le participant bénéficiaire de la portabilité s'engage, si une carte de tiers payant a été remise au format papier, à la restituer à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant cette cessation anticipée.

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné (uniquement), l'Institution délivre un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière

et le forfait hospitalier, selon les garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

Pour cela, il suffit de présenter sa carte de tiers-payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche, ou de téléphoner au 0969 32 2000 (appel non surtaxé).

En matière d'optique

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

Pour savoir si un opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné sur la carte de tiers payant, il suffit de contacter l'Institution :

- en se connectant à l'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).

Il est également possible de reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

Réseau ITELIS

Il est possible de 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/

Il est également possible de 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 restant à charge, il est préférable de faire établir un devis par le chirurgien-dentiste. Ce dernier l'envoie à l'Institution. En retour, il 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, il est possible de 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 le médecin traitant de son diagnostic.

Parcours de soins coordonnés

Il s'agit d'un circuit que doit suivre le participant afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace avec le 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 (DPTM)

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).

La liste des médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO est disponible sur annuaire.sante.ameli.fr

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 l'organisme assureur complémentaire.

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 l'organisme assureur complémentaire.

Télésurveillance

L'article 36 de la Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale (« LFSS ») pour 2022 instaure la prise en charge des actes de télésurveillance médicale à compter du 1^{er} juillet 2022.

Le ticket modérateur est pris en charge au titre du contrat.

Contrat responsable – séances d'accompagnement réalisées par un psychologue

L'article 79 de la LFSS pour 2022 instaure la prise en charge, par l'Assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire, des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé.

Ces séances s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins coordonnés et doivent être réalisées par un psychologue ayant fait l'objet d'une sélection par l'Assurance maladie permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation. Ce professionnel doit être signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice.

Le nombre de séances prises en charge est limité au nombre de huit par année civile.

Cette mesure est effective à compter du 1^{er} avril 2022.

La prise en charge du ticket modérateur devient une obligation au titre du contrat responsable. Ainsi, le remboursement sera pris en charge au titre du contrat, si celui-ci est responsable.

Si le contrat est non-responsable, le ticket modérateur des séances de psychologues est pris en charge à la condition que la garantie souscrite couvre les actes d'auxiliaires médicaux.

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 le participant est couvert par un régime complémentaire de frais de santé responsable (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), celui-ci peut bénéficier des offres de soins « 100% santé ».

Celles-ci sont incluses dans les obligations du régime frais de santé et doivent être systématiquement proposées par l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

La liberté de choix du participant est néanmoins préservée puisqu'il conserve à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

Mes services

Pour créer votre espace client, rien de plus simple

Depuis le site ag2rlamondiale.fr ou en scannant le QR code :



- Dirigez-vous vers l'Espace Client.
- Cliquez sur « S'inscrire » puis sélectionnez votre profil et complétez vos données.
- Saisissez le numéro de contrat figurant sur votre carte de tiers payant ou votre certificat d'adhésion.
- Cliquez sur le lien présent dans l'email d'activation que vous recevrez à l'issue de votre inscription (vérifiez que celui-ci n'arrive pas dans vos courriers indésirables).

Découvrez notre application mobile « Côté santé »

Pour suivre rapidement vos dépenses de santé, AG2R LA MONDIALE a lancé l'application Côté santé. Elle regroupe au même endroit toutes les informations liées à la santé.

L'un des avantages de Côté santé est de pouvoir agréger l'ensemble des contrats santé des membres de votre famille pour assurer un suivi global de votre budget santé.

Côté santé est plus qu'une application de suivi des dépenses. Il est possible d'y déposer des justificatifs, d'envoyer des factures pour les remboursements, de demander l'analyse d'un devis, d'éditer la carte de tiers-payant ou encore d'envoyer les ordonnances à votre pharmacien.

Pour utiliser cette application, il suffit de la télécharger dès aujourd'hui sur l'App Store et sur Google Play. Saisissez ensuite l'identifiant et le mode de passe utilisés pour vous connecter aux espaces clients d'AG2R LA MONDIALE. Vous pouvez suivre immédiatement vos remboursements santé.

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.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/

Pour tout renseignement

Votre site internet

Vous trouverez toutes les informations concernant votre régime de protection sociale ainsi que les documents et les imprimés de gestion, à cette adresse :

<https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/commerce-de-detail-alimentaire-specialise>

Pour nous contacter

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

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)
www.ag2ramondiale.fr

Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

Nos conseillers sont là
pour échanger avec vous,
vous écouter et vous accompagner
dans vos choix.

www.ag2rlamondiale.fr

J'achète, je vends

Épargner et investir
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

Je prépare ma retraite

Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

Je suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE
et du GIE AG2R – 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270.



CG AG2R Prévoyance (01/2024) (Février 2024) - Pôle Contrats Chartres