



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main  
sur demain

Santé

Carnet  
de bienvenue



Présent  
pour vous  
accompagner



Bienvenue chez AG2R LA MONDIALE !

Nous avons le plaisir de vous compter parmi nos nouveaux clients et nous vous remercions pour la confiance que vous nous témoignez.

Vos salariés vont bénéficier d'une complémentaire santé de qualité pour améliorer les remboursements de leurs dépenses de santé et profiter également de nombreux services.

Afin de vous accompagner dans vos démarches santé au quotidien, nous avons conçu ce livret dédié à la gestion de votre contrat frais de santé.

Espace client, vos contacts, vos services, vous trouverez chapitre par chapitre, toutes les réponses aux questions que vous pouvez vous poser. Découvrez pas à pas l'ensemble des prestations mis en place pour faciliter vos démarches.

Nous vous souhaitons une bonne découverte.





# Sommaire

1.	Votre site dédié	6
2.	Vos contacts	6
3.	Votre gestion au quotidien	7
	Vos services en ligne	7
	L'adhésion de vos salariés	7
	Vos cotisations	9
	Le versement des prestations	12
4.	Vos services	13
	Les services inclus dans votre contrat santé	13
	Les « packs en option » (selon les conditions de votre contrat)	15
5.	Actualités santé	16
	100 % Santé, tous nos conseils	16
	La lisibilité des garanties	17
	Les exemples de remboursements	17
6.	Lexique	18

# 1. Votre site dédié

Pour accéder à notre site Internet, rendez-vous sur :

[www.ag2rmondiale.fr/entreprise](http://www.ag2rmondiale.fr/entreprise)



Vous aurez accès à :

- un espace client sécurisé pour profiter de tous vos services en ligne :
  - l'affiliation et la radiation de vos salariés pour bénéficier d'un process dématérialisé et sans aucun document à transmettre. Vos salariés compléteront ensuite leur affiliation depuis leur espace personnel.
  - le suivi de vos démarches d'affiliation/radiation.
  - l'accès aux services en ligne prévoyance.
  - l'accès au site [www.net-entreprises.fr](http://www.net-entreprises.fr) pour effectuer vos déclarations sociales en ligne via la DSN.
- nos offres en matière d'assurance collective à destination des entreprises ;
- un espace informatif dédié à l'actualité de la protection sociale.

# 2. Vos contacts

Le Centre de gestion est votre interlocuteur direct.

Il s'occupe de la gestion de votre contrat, et en particulier :

- de l'adhésion du personnel des entreprises ;
- de l'encaissement des cotisations ;
- du règlement des prestations.

## Vous avez une question concernant votre contrat ?

Contactez votre conseiller ou appelez un correspondant AG2R LA MONDIALE au 0 972 672 222 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 8h à 19h, le samedi de 8h à 18h.

## L'application mobile « Service client »

Téléchargez notre application « Service client », profitez d'un service de relation client mobile et découvrez :

- les réponses aux questions les plus fréquemment posées ;
- les numéros de téléphone des différents services ;
- la disponibilité des centres de relation client pour vous éviter de patienter en ligne trop longtemps.

Profitez également de notre service « Appel ZEN » qui vous permet d'être rappelé rapidement par un conseiller AG2R LA MONDIALE.

## Comment accéder à mon espace client ?

La procédure d'inscription ne prend que quelques minutes.

- 1/ Sélectionnez votre profil en renseignant votre numéro de SIREN et le numéro de votre contrat santé ;
- 2/ Saisissez vos données personnelles et professionnelles ;
- 3/ Activez votre compte : vous recevez votre identifiant et le lien d'activation de votre compte sur votre adresse e-mail. Important : l'activation est simple, rapide et indispensable afin de définir votre mot de passe et vos questions secrètes.

# 3. Votre gestion au quotidien

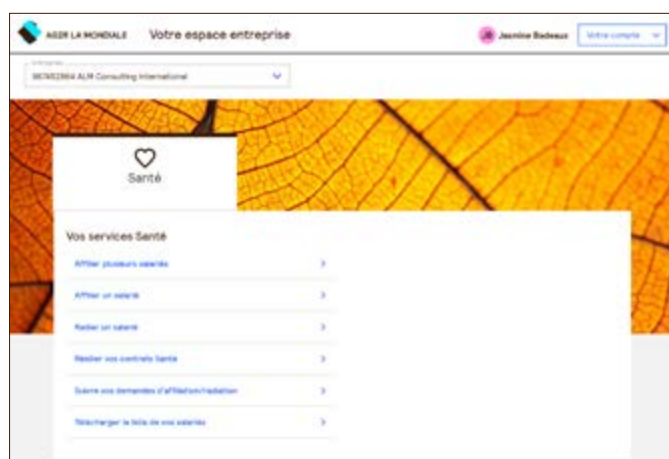
## Vos services en ligne

### L'affiliation unitaire

Le service d'affiliation unitaire présent sur votre espace client, vous permet de rajouter un nouveau salarié en tant que bénéficiaire de votre contrat frais de santé, et ainsi, de le couvrir rapidement.

Votre demande est traitée dans les 24h.

Une carte de tiers payant est envoyée et un espace client affilié est créé automatiquement. Votre salarié est informé de son affiliation par e-mail ou par courrier, dans lequel il retrouve les possibilités apportées par son contrat.



### L'affiliation multiple

Le service d'affiliation multiple présent sur votre espace client, vous permet d'affilier plusieurs salariés en même temps à votre contrat santé. Vous pourrez télécharger un fichier Excel, renseigner les informations relatives à vos salariés et nous le transmettre une fois complété. L'affiliation de vos salariés est effective 24h après la validation du fichier. Ces derniers recevront un e-mail permettant de finaliser la création d'un espace client dédié à partir duquel ils peuvent compléter leur affiliation et améliorer ses garanties.

La carte de tiers payant est envoyée automatiquement.

### La radiation d'un salarié

Ce service vous permet de retirer un salarié en tant que bénéficiaire du contrat, en cas de départ de l'entreprise.

Vous devez renseigner le numéro de Sécurité sociale, le nom et le prénom du salarié que vous souhaitez radier.

### La liste des salariés affiliés et le suivi des demandes

Votre espace client vous permet d'avoir une visibilité et une traçabilité sur vos actes d'affiliation et de radiation réalisés au cours des trois derniers mois.

Vous avez la possibilité de télécharger la liste de vos salariés et de leurs ayants droits affiliés ou radiés depuis moins de 3 mois quel que soit le canal d'affiliation et/ou de radiation.

Vous pouvez également effectuer une recherche globale ou affinée avec divers filtres proposés en complément du numéro de Sécurité sociale et du nom du salarié concerné.

[En cas de besoin, vos salariés peuvent nous contacter au 0 969 32 2000 \(appel non surtaxé\) du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h à 18h.](#)

## L'adhésion de vos salariés

### Recrutement d'un collaborateur

Selon les conditions de votre contrat, rendez-vous sur votre espace client, rubrique « Affiliation unitaire » afin de rajouter votre nouveau salarié en tant que bénéficiaire.

En parallèle, vous lui remettrez la notice d'information du contrat, la carte assistance (si elle est incluse au contrat) et la notice correspondante.

Dès réception du bulletin d'adhésion complet, AG2R LA MONDIALE délivrera en double exemplaire la cartes de tiers payant au salarié.

### Cette modification ne concerne que le salarié

Le salarié peut nous informer lui-même de cette modification par simple courrier. La fiche de correspondance peut aussi être utilisée. Selon les modifications, une nouvelle carte santé sera émise et le salarié continuera à bénéficier des mêmes services.

Exemple : changement d'adresse, de compte bancaire, d'état civil, de régime de base, modification d'un numéro d'immatriculation, etc.

### Départ de l'entreprise d'un collaborateur

Rendez-vous sur votre espace client, service « Radier un salarié ». Un mouvement de sortie déclaré tardivement expose le salarié au risque de se voir réclamer des prestations versées à tort. Aussi, les cartes de tiers payant doivent vous être restituées par le salarié lors de son départ.

En cas de non restitution, vous serez tenu d'en informer AG2R LA MONDIALE dans un délai de 15 jours.







## Vos cotisations

### La DSN

La DSN (Déclaration Sociale Nominative) est un fichier mensuel, unique et dématérialisé comportant les données issues de la paie. Ce fichier est à déposer à un seul endroit : le portail Net-entreprises.

La DSN remplace l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles et diverses formalités administratives adressées désormais par les employeurs à une diversité d'acteurs : CPAM, Urssaf, AGIRC ARRCO, organismes complémentaires, Pôle emploi, Centre des impôts, Caisses des régimes spéciaux, etc.

[Plus d'informations sur notre site ag2rlamondiale.fr.](#)

### Les dates à retenir pour effectuer votre DSN

Une seule déclaration est à effectuer chaque mois :

- **avant le 5 du mois** pour les employeurs dont l'effectif est d'au moins 50 salariés et dont la paie est effectuée au cours du même mois que la période de travail ;
- **avant le 15 du mois** suivant la paie pour les autres entreprises.

Si un événement survient au cours du mois (arrêt de travail – reprise d'arrêt de travail – fin de contrat), il convient de le signaler via une DSN événements, dès qu'il est connu.

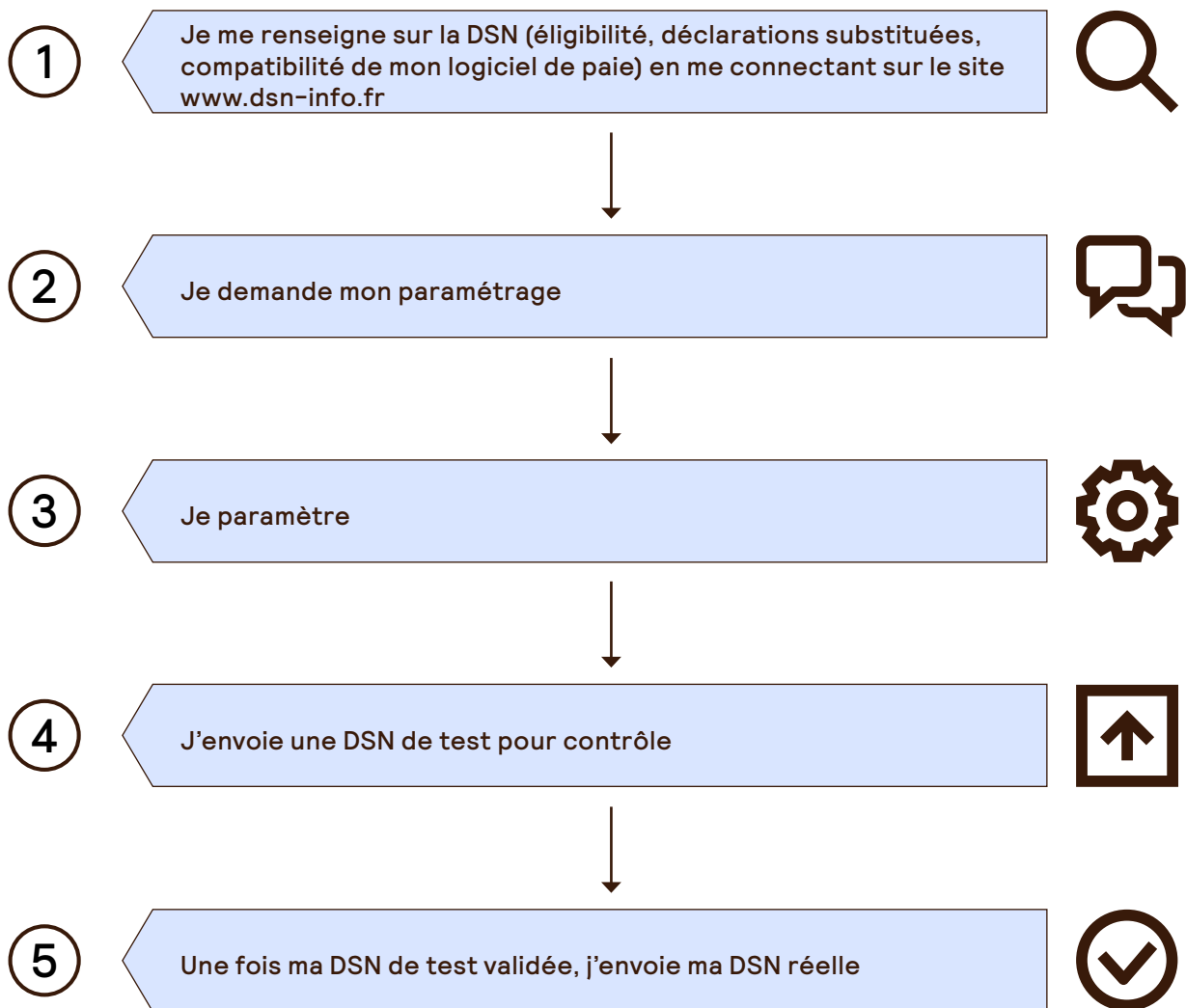
### Comment effectuer votre DSN ?

Si vous ne l'êtes pas déjà, inscrivez-vous sur le site [Net-entreprises.fr](#). Il vous suffira de rajouter la DSN à la liste de vos déclarations. Vous pourrez alors émettre des DSN auprès des organismes concernés et recevoir de chaque organisme un compte rendu métier, disponible sur votre tableau de bord Net-entreprises, qui vous indiquera si votre DSN peut être exploitée telle qu'elle a été paramétrée ou s'il convient d'y apporter des corrections.

[En cas d'arrêt de travail du salarié, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation \(sauf dérogation contractuelle\). Elle doit être intégralement versée tant que l'intéressé fait partie du personnel affilié, qu'il soit présent ou non, qu'il perçoive ou non tout ou partie de son salaire.](#)



## Que dois-je faire avant la 1<sup>re</sup> déclaration DSN ?

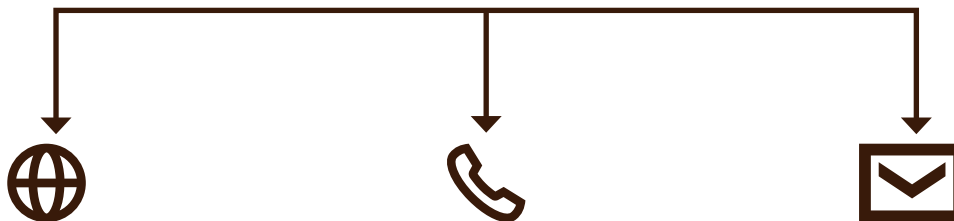


### Zoom sur l'étape 2 - Je demande mon paramétrage

3 canaux à disposition :



Client



#### Site AG2R LA MONDIALE

<https://www.ag2rlamondiale.fr/entreprises/demarches-et-declarations-sociales/declaration-sociale-nominative-dsn-sante-prevoyance>

#### Centre de relation client

- Pour vos contrats  
Santé Prévoyance :  
0 972 67 22 22 (appel non surtaxé)  
- Par e-mail :  
[compte.entreprise@ag2rlamondiale.fr](mailto:compte.entreprise@ag2rlamondiale.fr)

#### Les points de dépôt des DSN

Régime Général :  
<https://www.net-entreprises.fr/>  
Régime Agricole :  
<https://www.msa.fr>

## Zoom sur l'étape 3 - Je paramètre

Si votre entreprise est éligible, une fiche de paramétrage sera déposée dans votre espace déclarant Net-entreprises, dans le mois suivant la prise d'effet de l'adhésion ou de l'avenant, et au format XML directement intégrable dans votre logiciel de paie. Ce document normalisé contient le code organisme et les références des contrats souscrits auprès d'AG2R LA MONDIALE et tous les éléments nécessaires au paramétrage de votre logiciel de paie, afin que nous puissions recevoir et traiter votre DSN. Cette étape est indispensable avant l'envoi de votre DSN. Une version PDF peut également être obtenue auprès de notre centre de relation client ou depuis notre site Internet.

FICHE DE PARAMETRAGE DSN						AG2R LA MONDIALE		
SIREN : 352216873						Etablissement (NIC) :		
Raison Sociale : ASS POUR DROIT A L INITIATIVE ECONOMIQ						Votre contact : AG2R LA MONDIALE Centre de relations Clientèle Email : compte.entreprise@ag2rlamondiale.fr Téléphone : 9 972 67 22 (appel non surtaxé)		
<p>Commentaire : Les données de paramétrage présentes ci-dessous reflètent la situation contractuelle connue dans notre système d'information à la date d'émission de cette fiche. Elles ne prennent pas en compte les évolutions contractuelles en cours de négociation et de signature. Cette fiche n'a pas de valeur contractuelle. Bipartite : Les numéros de contrats ne comportent jamais la lettre O. Ce sont exclusivement des 0 (Zéro).</p>								
Fiche émise le : 04/07/2016								
Code organisme	Code délégué	Référence contrat	Code population	Code option	Code cotisation (réf. convention)	Activité (code Siret)	Taux de cotisation	Désignation
P0942	réfaut	0713127P	030	réfaut	réfaut	TA	1.329%	Déclaration ENS DU PERSONNEL
P0942	réfaut	0713127P	030	réfaut	réfaut	TB	1.329%	Déclaration ENS DU PERSONNEL
P0942	réfaut	0C1A024M	030	réfaut	réfaut	CF	100.56%	Santé ENS DU PERS BASH
P0942	réfaut	0C1A024M	030	réfaut	réfaut	CF	105.95%	Santé ENS DU PERS BASH
P0942	réfaut	0C1A024M	030	réfaut	réfaut	CF	106.52%	Santé ENS DU PERS BASH

### ☑ DSN bien paramétrée

- Déclaration acheminée au « bon » organisme.
- Salariés correctement rattachés aux contrats de l'entreprise.
- Délai de traitement optimisé.
- Risque de relance diminué.
- Recouvrement et régularisation des cotisations optimisés.

### ☒ DSN mal paramétrée

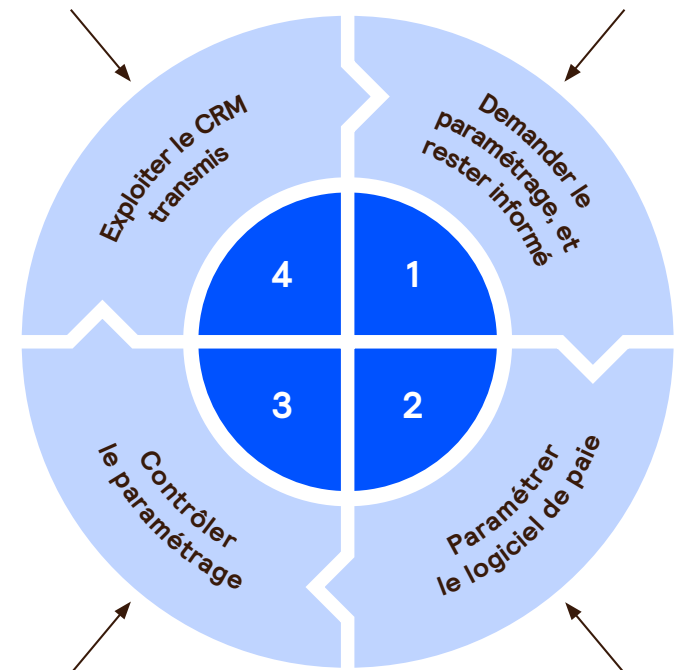
- Risque d'erreur dans le traitement des événements de gestion véhiculés par la DSN, voire de non prise en compte.
- Non recouvrement des cotisations.
- Risque de relance.
- Allongement des temps de traitement (pas d'intégration automatique en cas d'erreur de paramétrage).
- Réception de fiches de paramétrage systématique en cas d'erreurs constatées et corrections à effectuer dans le logiciel.

## Paramétrage DSN

👍 Mon CRM est ok ?  
Le paramétrage est exact !

🗨 Mon CRM est ko ?  
J'effectue les corrections dans mon logiciel, pour ma prochaine DSN

Je télécharge la fiche de paramétrage XML depuis Net-entreprises ou je demande la version PDF sur le site AG2RLM



Je contrôle ma DSN avant envoi, avec DSN FPOC, et je dépose ma DSN sur Net-entreprises.fr

Je paramètre/mets à jour mon logiciel de paie avec les informations indiquées sur ma fiche de paramétrage



## Le versement des prestations

### La télétransmission des décomptes

Dans le cadre de la procédure d'échanges de données informatisées entre les régimes de base et AG2R LA MONDIALE, les assurés n'ont pas à envoyer leurs décomptes de prestations auprès d'AG2R LA MONDIALE.

L'assuré bénéficie automatiquement de ce service, dès lors que son régime de base a accepté de conclure un accord avec AG2R LA MONDIALE, ce qui est le cas des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, de la majorité des caisses de Mutualité Sociale Agricole (MSA) et de certains Régimes spéciaux.

### Système NOÉMIE

À la réception de chaque décompte du régime de base, le salarié doit vérifier que le message suivant figure pour chaque ligne de paiement : « Copie de ce décompte transmise à votre organisme complémentaire ».

Si ce message n'est pas indiqué sur les décomptes du régime de base, les originaux doivent nous être adressés pour qu'AG2R LA MONDIALE puisse rembourser la part complémentaire.

L'assuré ne bénéficiera pas de ce service s'il nous a déclaré, sur son bulletin d'adhésion, être déjà bénéficiaire d'une première complémentaire par le biais, par exemple, de son conjoint (sauf s'il opte expressément pour des échanges NOÉMIE avec AG2R LA MONDIALE). Dans ce cas, il devra transmettre les décomptes (ou une copie, s'ils ont déjà été transmis à la première complémentaire du régime de base) au Centre de gestion d'AG2R LA MONDIALE. Ceux-ci seront accompagnés du décompte de remboursement émis par la première complémentaire, pour qu'AG2R LA MONDIALE intervienne éventuellement en complément.



## 4. Vos services

### Les services inclus dans votre contrat santé

#### Le tiers payant

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition une carte de tiers payant.

Elle est strictement personnelle et atteste à tout moment de votre appartenance à AG2R LA MONDIALE.

#### Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'éviter l'avance de frais, particulièrement pour les dépenses courantes ou certaines dépenses élevées, notamment l'hospitalisation, l'optique et le dentaire.

#### Comment fonctionne le tiers payant ?

##### Chez le pharmacien

Pour bénéficier du tiers payant sur les frais engagés, présentez à votre pharmacien :

- la carte Vitale ou son attestation qui permet la prise en charge de frais concernant le régime de base de la Sécurité sociale,
- la carte de tiers payant qui permet la prise en charge du Ticket Modérateur (TM).

Le tiers payant est possible avec toutes les pharmacies de l'ensemble des départements français.

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, connectez-vous sur votre espace client à partir de notre site [ag2rlamondiale.fr](http://ag2rlamondiale.fr).

##### Chez les autres professionnels de santé

Des accords ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes...

Pour en bénéficier, présenter à ces professionnels de santé votre carte Vitale et votre carte de tiers payant.

##### À l'hôpital

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R LA MONDIALE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux

normalement laissés à votre charge (forfait hospitalier 20 €/jour). L'établissement hospitalier ou vous-même devrez fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue :

- n° de Sécurité sociale de l'assuré principal ;
- nom et prénom du bénéficiaire des soins ;
- n° de Sécurité sociale du bénéficiaire des soins (s'il est différent de celui de l'assuré principal) ;
- date exacte d'entrée ;
- adresse ou fax de l'établissement.

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte de tiers payant.

##### Chez l'opticien

Vous présentez votre carte de tiers payant à l'opticien qui s'adresse directement au centre de gestion AG2R LA MONDIALE pour obtenir la prise en charge optique.

AG2R LA MONDIALE règle l'opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restante éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 15 000 opticiens.

##### Chez le dentiste

Si votre chirurgien-dentiste accepte de pratiquer le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, il doit alors effectuer une demande de prise en charge. N'hésitez pas à lui demander s'il pratique ce service.

#### Un devis, une facture ? Connectez-vous !

Avez-vous testé l'envoi d'une facture depuis votre espace client pour procéder au remboursement de vos soins ?

Désormais, ce service est également disponible pour les demandes d'étude de devis optique et dentaire.

#### La géolocalisation des professionnels de santé

Pour l'utiliser, il vous suffit de vous inscrire aux services en ligne – c'est gratuit et sans aucune obligation. Rendez-vous sur <https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/>

## **Les réseaux partenaires Itelis : des soins de qualité au meilleur prix**

Grâce à nos nombreux partenaires, c'est tout un réseau de professionnels de santé qui permet de bénéficier de multiples avantages et de services préférentiels.

C'est aussi l'assurance d'avoir une prise en charge de qualité, quels que soient le besoin et la garantie.

### **En optique**

- Jusqu'à 40 % d'économie sur les verres ;
- Une réduction minimale de 15 % sur les montures et produits para-optique (lunettes de soleil...);
- La qualité des verres fabriqués par des grands verriers ;
- Une garantie casse de 2 ans sans franchise pour la monture et les verres.

### **Chez les audioprothésistes**

- Jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives ;
- Jusqu'à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires ;
- Un contrôle annuel de l'audition ;
- La garantie panne sans franchise de 4 ans ;
- Le prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement.





# Les « packs en option » (selon les conditions de votre contrat)

## La téléconsultation médicale

Ce service est disponible depuis la France et l'étranger pour tous les assurés et les bénéficiaires (conjoint et enfant(s)).

### Entièrement pris en charge

- Consultation par téléphone ou par vidéo avec un médecin généraliste, disponible sous 30 minutes ou sur rendez-vous.
- Possibilité de consultation avec un médecin spécialiste (notamment psychologue).
- Respect du secret médical et confidentialité des données personnelles.

- Ouvert 24h/24 et 7j/7, dès lors que le médecin traitant est injoignable.
- Si nécessaire, transmission d'ordonnance sur un espace sécurisé.

### A savoir

Arrêt de travail : aucune des plateformes n'en délivre.

À l'issue de la téléconsultation, un compte rendu sera envoyé au médecin traitant du patient si ce dernier en émet le souhait.

## L'assistance

Selon votre contrat, profitez d'une assistance complète.



### Dès à présent et à tout moment

- Conseil social
- Téléconseil santé
- Mise en relation avec notre réseau de prestataires



### En déplacement professionnel

- Rapatriement
- Frais médicaux en urgence
- Acheminement d'un collaborateur de remplacement
- Assistance juridique
- Retour anticipé si accident ou décès d'un proche
- Avance de fonds en cas de vol des moyens de paiement



### En cas d'hospitalisation de plus de 24h et en ambulatoire

- Enveloppe de services
- Livraison de médicaments et matériel médical
- Téléassistance
- Suivi psychologique
- Aide pédagogique

# 5. Actualités santé

## 100 % Santé, tous nos conseils

### Qu'est-ce que le 100 % Santé ?

Avec le plan « 100 % Santé » (ou reste à charge zéro), les pouvoirs publics ont renforcé 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. 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).

### Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé responsable\* (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), vous pourrez bénéficier des offres de soins « 100 % Santé ». Celles-ci seront incluses dans les obligations de votre complémentaire et devront vous être systématiquement proposées par votre opticien, votre audioprothésiste ou votre dentiste, quels qu'ils soient, partout en France. Votre liberté de choix sera néanmoins préservée puisque vous conserverez à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif sera libre.

\* Les contrats dits responsables répondent à un certain nombre d'obligations fixées par les pouvoirs publics ; en contrepartie, ils se voient appliquer certains avantages fiscaux et sociaux.



### Ce qui change en optique

- Votre opticien doit vous proposer une gamme constituée d'au moins 17 montures adultes et 10 montures enfants en 2 coloris différents, à moins de 30 €.
- Les verres corrigeront l'ensemble des troubles visuels et comporteront des traitements obligatoires (amincissement, anti-rayures et anti-reflet).
- Vous avez la possibilité de « panacher » l'offre (c'est-à-dire opter pour des verres sans reste à charge et une monture à tarif libre).



### Ce qui change en dentaire

- Près de la moitié (46 %) des actes prothétiques sont intégralement remboursés.
- Vous pouvez bénéficier d'un large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux dont la qualité esthétique sera adaptée à la localisation de la dent (visible ou non visible).



### Ce qui change en audiologie

- Les équipements proposés dans ce panier sont de qualité, en termes d'esthétique (dispositifs intra-auriculaires...) mais aussi de performance technique (12 canaux de réglage, amplification sonore d'au moins 30 décibels, système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, etc.)
- La base de remboursement des aides auditives par la Sécurité sociale est doublée (jusqu'à 400 €/oreille).

# La lisibilité des garanties

Le 14 février 2019, l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ainsi que les principaux représentants complémentaires de santé, ont signé un engagement pour la lisibilité des garanties des contrats de complémentaire santé. Cette initiative est l'aboutissement d'une concertation approfondie de l'ensemble des acteurs au cours des derniers mois, sous l'impulsion des pouvoirs publics.

## Pourquoi une telle démarche ?

Base de remboursement (BR), plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), tarif de convention, tarif de responsabilité... Pour la plupart des assurés, déchiffrer les conditions de prise en charge de ses dépenses de santé est une tâche pour le moins ardue. En cause, des termes complexes, une multitude d'abréviations, des remboursements exprimés en pourcentage, en euros ou en PMSS, ou encore des intitulés de postes de soins variant d'un contrat à l'autre.

## En quoi consiste cet engagement ?

Par cet accord inédit, les organismes assureurs entendent **faciliter la compréhension et le choix des garanties santé proposées** dans les contrats d'assurance complémentaire. Objectif : permettre aux assurés et aux prospects de mieux estimer leur reste à charge et de comparer plus facilement les offres, dans ce domaine essentiel qu'est l'accès aux soins et à la santé.

Cet effort d'information permettra d'accompagner efficacement la mise en œuvre de la réforme « 100 % Santé ».

Dans cette perspective, rendre les tableaux de garanties plus clairs et plus simples permettra au patient de faire son choix en toute connaissance de cause.

## Que prévoit concrètement cet engagement ?

Il s'agit d'un socle de bonnes pratiques que tous les organismes assureurs sont invités à appliquer.

L'accord prévoit notamment :

- une harmonisation des intitulés des principaux postes de garanties dans les différents supports d'information.

Pour faciliter la comparaison entre différents contrats, les prestations seront présentées de façon uniforme, au sein de 5 rubriques aux libellés communs :

hospitalisation ;

dentaire ;

optique ;

aides auditives ;

soins courants (consultations).

En dentaire, en optique et en audiologie, l'offre « 100 % Santé » sera clairement identifiée.

- la mise à disposition d'exemples communs de remboursements exprimés en euros, pour les actes les plus fréquents ou ceux pouvant donner lieu à des restes à charge importants.

## Les exemples de remboursements

Dans le cadre de cet accord, les organismes assureurs devront présenter des exemples concrets de prises en charge d'actes courants ou donnant lieu à un reste à charge élevé, pour les principaux postes de soins (hospitalisation, dentaire, soins courants, optique et aides auditives). Les remboursements y seront obligatoirement exprimés en euros, et non plus en pourcentage.

Sans valeur contractuelle, cette liste commune d'exemples fera ainsi apparaître :

- le tarif de l'acte (prix moyen national) ;
- le remboursement en euros de l'Assurance maladie obligatoire ;
- le remboursement en euros de la complémentaire santé selon les conditions du contrat ;
- le reste à charge éventuel du patient.

## Comment les montants sont-ils calculés ?

Les exemples sont établis sur la base de l'hypothèse la plus courante (patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés). Le tarif de la prestation – à partir duquel les remboursements sont estimés – peut être :

- soit le tarif réglementaire ou conventionnel en vigueur ;
- soit l'honoraire limite de facturation ou le prix limite de vente (pour les soins sans reste à charge du panier « 100 % Santé ») ;
- soit le prix moyen national (pour les actes à tarifs libres). L'UNOCAM s'engage à publier annuellement une liste actualisée des prix moyens pratiqués.

## Où ces informations seront-elles disponibles ?

Ces exemples de remboursement seront diffusés dans les documents commerciaux concernés, en accompagnement des garanties et en accès libre sur Internet.



# 6. Lexique

## A

### **Adhérent :**

Personne ayant souscrit un contrat à titre individuel ou affilié en tant que salarié au titre d'un contrat collectif souscrit par son employeur.

| [Synonyme : bénéficiaire](#)

### **Affection de longue durée (ALD) :**

Maladie reconnue par l'Assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire. En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires). La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

### **Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :**

Dispositif destiné aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une Assurance maladie complémentaire grâce à une réduction du montant de la cotisation. Cette aide est accordée pour un an (renouvelable) aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et ce plafond majoré d'un pourcentage défini par la loi. Cette aide est variable selon l'âge et la composition du foyer. Il est possible de se renseigner sur l'ACS auprès de son organisme d'Assurance maladie obligatoire ou complémentaire.

| [Synonyme : chèque-aide pour une complémentaire santé.](#)

### **Assurance maladie obligatoire (AMO) :**

Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou une partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

| [Synonymes : régimes obligatoires \(de protection sociale - RO\), Sécurité sociale.](#)

### **Assurance maladie complémentaire (AMC) :**

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

| [Synonymes : organisme d'Assurance maladie complémentaire \(OCAM\), complémentaire santé, garanties.](#)

### **Auxiliaires médicaux :**

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'Assurance maladie obligatoire.

| [Synonyme : professionnel paramédical.](#)

### **Ayant droit :**

Ayant droit au sens de l'Assurance maladie obligatoire : Personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'Assurance maladie obligatoire car elle est membre de la famille d'un assuré social (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge...) ou est hébergée à sa charge permanente et effective depuis plus d'un an.

| [Synonyme : bénéficiaire.](#)

## B

### **Base de remboursement (BR) :**

Tarif servant de référence à l'Assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

| [Synonymes : tarif de responsabilité \(TR\), tarif de convention \(TC\), tarif d'autorité \(TA\), base de remboursement de la Sécurité sociale \(BRSS\), base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.](#)

### **Bénéficiaire :**

Personne qui peut percevoir des prestations au titre du contrat soit à titre personnel (l'assuré principal), soit du fait de ses liens de parenté avec l'assuré principal direct (les ayants droit).

### **Biologie médicale :**

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale est remboursée par l'Assurance maladie obligatoire.

| [Synonymes : examen de laboratoire, analyse médicale.](#)

## C

### **Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :**

La CCAM dentaire comportera plus de 700 codes courants qui définissent précisément les actes possibles dans un cabinet dentaire. Elle constitue le nouveau référentiel pour les actes dentaires qui s'applique à compter de juin 2014 en remplacement de la NGAP.

### **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés :**

La CNAMTS est la caisse qui gère au plan national la branche Assurance Maladie du régime général de Sécurité sociale. Communément, les salariés des professions non agricoles travaillant en France sont affiliés au régime général et sont couverts sous certaines conditions pour les risques suivants : maladie (soins de santé et arrêts de travail), invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles (soins de santé et arrêts de travail).

### **Caisse Primaire d'Assurance Maladie :**

Une CPAM assure dans sa circonscription (il existe au moins une CPAM par département) entre autres l'immatriculation, le calcul et le paiement des prestations de soins de santé des assurés sociaux relevant du régime général.

### **Centre de Gestion :**

Centre AG2R LA MONDIALE dans lequel sont gérés l'affiliation des assurés, l'encaissement des cotisations et le versement des prestations.

### **Certificat de radiation :**

Document établi par la précédente complémentaire santé, suite à la résiliation du contrat de l'assuré, qui permet, lors de la souscription à une nouvelle complémentaire santé, d'éviter certains délais d'attente.

### **Chirurgie ambulatoire :**

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

| [Synonyme : chirurgie de jour.](#)

### **Chirurgie réfractive :**

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'Assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'Assurance maladie complémentaire.

| [Synonymes : opération de la vue, de la myopie, kératotomie radiaire.](#)

### **Complémentaire Santé :**

Couverture proposée par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, qui vient en complément des garanties de la Sécurité sociale. Il s'agit donc d'une prise en charge partielle ou totale des frais de santé non remboursés à l'assuré par la Sécurité sociale.

### **Conventions médicales :**

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'Assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance maladie obligatoire.

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

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

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

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

#### **2. Établissements de santé**

Les frais pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

| [Voir également : secteur 1 / secteur 2.](#)

#### **Couverture Maladie Universelle :**

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une Assurance maladie complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans dépense à leur charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'Assurance maladie obligatoire ou par un organisme d'Assurance maladie complémentaire. Les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent obtenir l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS).

---

## **D**

### **Date d'effet de la garantie :**

Date à laquelle l'assuré peut prétendre à la garantie qu'il a souscrite après application des éventuelles périodes d'attente, de carence ou de stage.

### **Demande de prise en charge :**

Demande formulée auprès de l'organisme d'Assurance maladie complémentaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré, sur la base d'un devis.

### **Dépassement d'honoraires :**

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

| [Synonyme : dépassements. Voir également : secteur 1 / secteur 2.](#)

## Devis :

Document présentant les soins ou prestations proposées et leurs prix, de manière préalable à leurs achats ou à leurs réalisations.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70€ comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document.

---

## E

### Établissements spécialisés :

Sont considérés comme établissements spécialisés les maisons de repos, de convalescence, de retraite, de gériatrie, de post-cure, les hôpitaux psychiatriques, les établissements de chirurgie esthétique, les cliniques diététiques, les colonies sanitaires, les aériums, les préventoriums, les centres de rééducation fonctionnelle, etc.

### Exclusions de garanties :

Situations, risques ou maladies pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le contrat. Elles doivent être obligatoirement précisées dans les documents contractuels.

Les garanties sont l'ensemble des prestations dont bénéficient les assurés.

---

## F

### Forfait journalier \* :

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, son montant est de 18€ par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique.

Il est de 13,50€ par jour pour un séjour en psychiatrie. Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par l'Assurance maladie complémentaire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

\* Le forfait journalier hospitalier ne s'applique pas aux régimes Alsace-Moselle et monégasque.

[Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.](#)

### Forfait 18 euros :

Participation forfaitaire de 18€ à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État (91€ en 2010, 120€ en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18€ (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Ce forfait est généralement pris en charge par l'Assurance maladie complémentaire.

[Synonyme : participation forfaitaire de 18€.](#)

## Frais de séjour :

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'Assurance maladie complémentaire.

## Frais d'accompagnement :

Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant). Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

[Synonymes : frais d'accompagnant, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant.](#)

## Frais médicaux :

Ensemble des frais de santé exposés par un patient et susceptibles d'être pris en charge par une Assurance maladie (consultations et visites médicales, pharmacie, hospitalisation, etc.).

Ce sont les dépenses réellement engagées par les assurés. Elles doivent figurer sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale et les factures d'hospitalisation. Certaines garanties prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

[Synonymes : frais réels.](#)

---

## H

### Hospitalisation :

Désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

[Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait « 18 euros », chambre particulière.](#)

---

## N

### Nomenclature :

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),

- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

## P

### **Prestations (d'une Assurance maladie complémentaire) :**

Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'Assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

### **Prothèses dentaires :**

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un «bridge».

Les prothèses fixes remboursées par l'Assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, métal-céramique et céramo-céramique.

- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires («dentiers») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

## R

### **Reste à charge :**

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'Assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

## S

### **Soins dentaires :**

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'Assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

### **Soins de ville :**

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en «soins externes») sont généralement considérées comme des soins de ville.

[Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.](#)

## T

### **Taux de remboursement de la Sécurité sociale :**

Taux appliqué par l'Assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire. La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 65 % de la base de remboursement pour l'appareillage,
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré (par exemple 100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes «hors parcours»).

[Voir également : médicaments, hospitalisation, appareillage, honoraires.](#)

### **Tarif Forfaitaire de responsabilité utilisé uniquement en pharmacie :**

C'est le tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque qui est fixé en fonction du prix du médicament générique correspondant.

### **Télétransmission :**

La Télétransmission nomme l'échange informatique entre les différents acteurs de la santé (NOÉMIE = Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs.)

La télétransmission dispense les assurés d'envoyer les feuilles de soins aux organismes de santé, tels l'Assurance maladie ou les complémentaires santé.

### **Tiers payant :**

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

[Synonyme : dispense d'avance des frais.](#)



**Ticket modérateur :**

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)... Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'Assurance maladie complémentaire. La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

[Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garantie.](#)

**Exonération du ticket modérateur :**

Les assurés sociaux peuvent être exonérés du ticket modérateur dans certains cas :

- les personnes atteintes d'une maladie reconnue de longue durée (uniquement les soins en rapport avec la maladie) ;
- les personnes subissant une intervention chirurgicale d'une certaine gravité (de plus de 30 jours par exemple) ;
- les nouveau-nés hospitalisés dans les 30 premiers jours ;
- les femmes enceintes pendant une période qui débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date de l'accouchement ;
- les titulaires d'une rente accident du travail, d'une pension militaire et/ou invalidité.

L'exonération est accordée pour une durée limitée ou illimitée selon la situation. La participation de la Sécurité sociale est égale à 100 % du tarif de responsabilité et laisse à la charge de l'assuré les dépassements d'honoraires et de tarifs.

**Transport :**

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, des transports en commun...

Les frais de transport sont remboursés à 65 % du tarif de l'Assurance maladie obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins, pouvant donner les soins appropriés, la plus proche. Les transports en série programmés, ou sur une longue distance, ou encore par avion ou bateau doivent en général avoir été préalablement autorisés (« entente préalable ») par l'Assurance maladie obligatoire pour pouvoir être pris en charge.

[Synonyme : transport sanitaire.](#)

---

**V****Visite médicale :**

Consultation médicale effectuée au domicile du patient qui est dans l'impossibilité de se déplacer.

**Pratique**

[Rendez-vous sur le site AMELI pour consulter toute la réglementation de la Sécurité sociale et les dernières données à jour.](#)



# Pour les entreprises, nous offrons une gamme étendue de solutions en protection sociale.

## **Santé**

Complémentaire santé collective

## **Prévoyance**

Incapacité et invalidité

Décès

Dépendance

## **Retraite supplémentaire**

Plan d'Épargne Retraite obligatoire (PERO)

## **Épargne salariale**

Plan Épargne Entreprise (PEE)

Compte Épargne Temps (CET)

Plan Epargne Retraite Collectif (PERECO)

## **Passifs sociaux**

Indemnités fin de carrière

Indemnités fin de carrière /

Indemnités de licenciement

## **Engagement sociétal**

Prévention et conseil social

Accompagnement (Primavita, CAP60, Point 50)

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

[www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr)



Acteur de référence de la protection sociale et patrimoniale en France, nous inscrivons l'ensemble de nos actions en cohérence avec les 17 Objectifs de développement durable (ODD) de l'Agenda 2030 des Nations unies. Ils fixent le cadre de référence de notre démarche de responsabilité sociétale d'entreprise.

## **AG2R LA MONDIALE**

14-16 boulevard Malesherbes  
75379 Paris cedex 08

**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.