



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

—

Entreprises
des Activités
industrielles de
boulangerie et
de pâtisserie

NOTICE D'UTILISATION

Affiliations par chargement de fichier

SOMMAIRE

AFFILIATIONS ET RADIATIONS PAR CHARGEMENT DE FICHIER	4
---	----------

PROCESSUS GLOBAL	5
-------------------------	----------

SAISIE DE LA MAQUETTE - AFFILIATIONS	6
---	----------

SAISIE DE LA MAQUETTE - RADIATIONS	8
---	----------

ANNEXE	10
---------------	-----------

NOTES	11
--------------	-----------

AFFILIATIONS ET RADIATIONS PAR CHARGEMENT DE FICHER

Afin de faciliter l'affiliation de l'ensemble de vos salariés, un service **d'affiliation par chargement de fichier** est proposé aux entreprises **des activités industrielles de Boulangerie et de Pâtisserie**. Plutôt que d'imprimer un bulletin d'affiliation par salarié, de le remplir et de l'envoyer... il est possible de réaliser l'ensemble des déclarations en envoyant l'ensemble des informations par fichier.

ATTENTION : Les affiliations ne pourront être réalisées que si le fichier est rempli avec des informations cohérentes et conformément aux instructions données dans ce guide. En cas d'informations erronées ou manquantes, les affiliations restantes devront être réalisées par Bulletin d'Affiliation papier.

PROCESSUS GLOBAL

1. Connectez-vous à votre **espace client** entreprise :
<http://espace-client-rec/sante/affiliation-radiation>
2. Accédez à la page « **Dépôt de fichiers** » via le menu.
3. Téléchargez le fichier à compléter puis saisissez-le conformément aux instructions données dans ce guide.
4. Déposez le fichier en cliquant sur le bouton « **Parcourir** » et en sélectionnant la maquette complétée (l'extension doit être .xls ou .xlsx)
5. Dès que le fichier est traité et intégré, si des informations sont incomplètes et/ou erronées, vous recevrez la liste des salariés concernés. Pour ces salariés, il faudra :
 - Procéder à une **affiliation papier** sur la base d'un bulletin transmis par mail par votre centre de gestion.
 - Préciser les données de radiation incomplètes par mail
6. **Pour les affiliations**, vos salariés recevront leur carte de tiers payant Terciane et un courrier leur proposant d'améliorer leurs garanties pour eux et leurs ayants-droit.
Pour les radiations, vous devez collecter puis restituer à l'AG2R les cartes Terciane des salariés radiés.

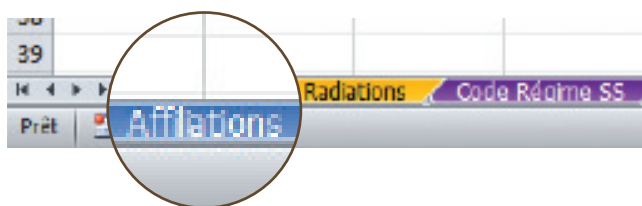


Cartes de tiers-payant

- Une première carte sera envoyée **au salarié** dès intégration du fichier au titre du contrat Obligatoire.
 - Une deuxième carte sera envoyée uniquement **aux ayants-droit** au titre des garanties facultatives dès traitement du **Bulletin d'Amélioration de Garanties** transmis par votre salarié. Attention, cette carte ne fera pas mention du salarié car elle est destinée uniquement aux conjoints / ayants droits.
-

SAISIE DE LA MAQUETTE - AFFILIATIONS

Les affiliations doivent être saisies dans l'onglet « **Affiliations** » de la maquette.



Les cas dérogatoires sont listés en annexe.

ATTENTION : Les affiliations ne pourront être réalisées que si le fichier est rempli avec des informations cohérentes et conformément aux instructions données dans ce guide. En cas d'informations erronées ou manquantes

EN-TÊTE IDENTIFICATION de votre entreprise

CHAMP	FORMAT	RÈGLES SPÉCIFIQUES	OBL / FAC
Raison sociale	Alphabétique		<input type="radio"/>
SIREN	Numérique : 9 chiffres		<input type="radio"/>
N° Contrat Base obligatoire	Alphanumérique : 8 caractères	<ul style="list-style-type: none">• Il commence par le chiffre « 0 »• Il finit par la lettre « M »	<input type="radio"/>

INTERLOCUTEUR pour votre entreprise

CHAMP	FORMAT	RÈGLES SPÉCIFIQUES	OBL / FAC
Prénom	Alphabétique		<input type="radio"/>
Nom	Alphabétique		<input type="radio"/>
Téléphone	Numérique		<input type="radio"/>
Adresse mail	Alphanumérique + caractères spéciaux	Contient à minima le symbole « @ »	<input type="radio"/>

TABLEAU IDENTIFICATION de votre entreprise

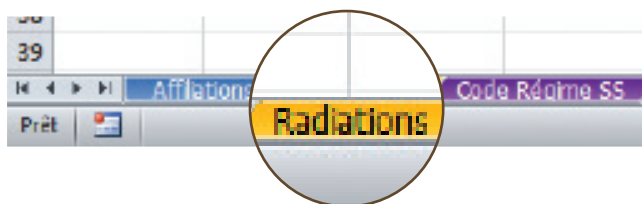
CHAMP	FORMAT	RÈGLES SPÉCIFIQUES	OBL / FAC
CATEG / Catégorie d'affiliation	Alphabétique	« SALARIE »	O
SPECIFICITES	Alphabétique	Vous pouvez éventuellement spécifier : • « PORT » pour les salariés concernés par le dispositif de portabilité • Laisser la case vide dans tous les autres cas.	F
DATE EFF AFFIL / Date d'effet d'affiliation	Date : 8 chiffres JJ/MM/SSAA	Elle doit être : • Supérieure à la date d'effet de la catégorie du contrat collectif • Le jour est toujours 01	O
NUM SECU SOC / Numéro de Sécurité Sociale	Alphanumérique : 13 ou 15 caractères	Il comprend 13 caractères ou 15 caractères s'il inclut la clé de sécurité.	O
QUALITE	« M », « MME », « MLE »		O
NOM / Nom de Famille	Alphabétique		O
PRENOM	Alphabétique		O
DATE DE NAIS / Date de naissance	Date : 8 chiffres JJ/MM/SSAA		O
CODE REGIME	Numérique : 2 chiffres		O
CODE CPAM	Numérique		F
[Adresse] : COMP AD1 / Complément d'adresse 1	Alphanumérique	Exemples de valeurs autorisées : chez, appartement, étage, porte	F
[Adresse] : COMP AD2 / Complément d'adresse 2	Alphanumérique	Exemples de valeurs autorisées : bâtiment, escalier, entrée, BP	F
[Adresse] : RUE	Alphanumérique	Exemple : 2 rue Jean Moulin	O
[Adresse] : CP / Code Postal	Alphanumérique		O
[Adresse] : VILLE	Alphanumérique		O
[Adresse] : PAYS	Alphanumérique	Obligatoire si ce n'est pas la France	F
TELEPHONE	Numérique : 10 chiffres	Sans espace	F
ADRESSE MAIL	Alphanumérique + caractères spéciaux	Contient à minima le symbole « @ »	F
[RIB] : TITULAIRE Cpte / Titulaire du compte	Alphabétique	Cet IBAN sera utilisé pour le remboursement des prestations.	O
[RIB] : IBAN	Alphanumérique	L'IBAN commence par deux lettres (« FR » pour les comptes français)	O
[RIB] : BIC	Alphanumérique		O

FONCTIONS EXCEL UTILES :

- Combiner le contenu de plusieurs cellules avec « & »
- Copier les valeurs des cellules, sans les formules
- Recopier une formule dans des cellules adjacentes

SAISIE DE LA MAQUETTE - RADIATIONS

Les radiations doivent être saisies dans l'onglet « **Radiations** » de la maquette.



Les données doivent être saisies comme suit :

CHAMP	FORMAT	RÈGLES SPÉCIFIQUES	OBL / FAC
N° Contrat	Alphanumérique : 8 caractères	Saisir le n° de contrat de base : • Il commence par le chiffre « 0 » • Il finit par la lettre « M »	<input type="radio"/>
Nom	Alphabétique		<input type="radio"/>
Prénom	Alphabétique		<input type="radio"/>
Date de naissance	Date : 8 chiffres JJ/MM/SSAA		<input type="radio"/>
N° de Sécurité Sociale	Alphanumérique : 13 ou 15 caractères	Il comprend 13 caractères ou 15 caractères s'il inclut la clé de sécurité.	<input type="radio"/>
Date de sortie	Date : 8 chiffres JJ/MM/SSAA	La date de sortie enregistrée sera le dernier jour du mois	<input type="radio"/>
Motif de sortie	Alphabétique	Choisir dans la liste le motif correspondant : • Décès • Sortie CMU • Changement de statut • Départ à la retraite-Licenciement- Démission-Autre	<input type="radio"/>
Date du décès	Date : 8 chiffres JJ/MM/SSAA		<input type="radio"/> si Motif de sortie = « Décès » F sinon

ANNEXE

Les radiations doivent être saisies dans l'onglet « **Radiations** » de la maquette.

CAS DÉROGATOIRES D'AFFILIATION

Régime complémentaire santé - convention collective nationale des Activités Industrielles de Boulangerie et Pâtisserie

AFFILIATION SANTÉ OBLIGATOIRE : CAS DÉROGATOIRES

ILS DEVRONT SYSTÉMATIQUEMENT FAIRE L'OBJET D'UNE DEMANDE ÉCRITE DU SALARIÉ (VOIR VERSO).

MOTIF DE DISPENSE D'ADHÉSION	À LA MISE EN PLACE DE L'ACCORD	À L'ENTRÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT	CONDITIONS	JUSTIFICATIF À FOURNIR
Salariés bénéficiaires d'un contrat santé à titre individuel	X	X	La dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (s'il n'a pu le résilier par anticipation).	Attestation d'assurance avec mention de l'échéance.
Salariés couverts par leur conjoint	X	X	Bénéficiaire à titre obligatoire d'une complémentaire santé souscrite par le conjoint.	Justificatif à fournir chaque année.
Salariés sous CDD Travailleurs saisonniers	X	X	Contrat d'une durée inférieure à 12 mois ou durée de présence cumulée de moins de 12 mois.	Justificatif d'une couverture souscrite ailleurs à fournir chaque année.
			Contrat d'une durée au moins égale à 12 mois.	
Salariés bénéficiaires de la CMU-C	X		L'adhésion facultative n'est permise que pour la durée de leur prise en charge.	Attestation d'assurance avec mention de l'échéance. Justificatif à fournir chaque année.
Salariés multi-employeurs	X	X	Être couvert à titre obligatoire par un autre employeur.	Attestation d'assurance à fournir chaque année.
Salariés à temps très partiel Apprentis	X	X	Temps-partiel < à un mi-temps, n'avoir qu'un seul employeur et un montant de cotisation à acquitter supérieur ou égal à 10% de la rémunération.	

À tout moment le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, son adhésion à la garantie frais de santé. L'adhésion prend alors effet le premier jour du mois qui suit sa demande. Cette adhésion est alors irrévocable.

En tout état de cause, les salariés devront adhérer et cotiser à la garantie frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation.

Régime complémentaire santé - convention collective nationale de la boulangerie - pâtisserie industrielle

AFFILIATION SANTÉ : CAS DÉROGATOIRES

Tous les salariés sont affiliés obligatoirement au régime santé, et ce, à effet du contrat d'adhésion ou dès leur embauche dans l'entreprise. Toutefois, conformément à la réglementation sociale et fiscale, l'adhésion à la garantie « frais de santé » peut être facultative dans certains cas (cf verso).

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées) : _____

N°: [] [] Rue / Voie : _____

Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____

Code postal : [] [] [] [] Ville : _____

Je souhaite faire valoir mes droits et ne pas être affilié au régime complémentaire santé obligatoire au titre de la dispense suivante car je suis :

- Bénéficiaire d'un contrat santé individuel jusqu'au : [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Bénéficiaire d'un contrat santé obligatoire souscrit par mon conjoint
- Salarié en contrat à durée déterminée (CDD) inférieur à 12 mois
- Salarié en CDD supérieur ou égal à 12 mois, et justifiant d'une complémentaire santé ailleurs
- Travailleur saisonnier avec une durée de présence inférieure à 12 mois
- Travailleur saisonnier avec une durée de présence supérieure ou égale à 12 mois et justifiant d'une complémentaire santé ailleurs
- Bénéficiaire de la CMU-C
- Salarié multi-employeur bénéficiant déjà d'une complémentaire santé à titre obligatoire
- Salarié à temps très partiel
- Apprenti

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l'attestation de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'adhésion. J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, une attestation sera à fournir chaque année.

Fait à _____
le _____

Signature obligatoire du Salarié

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

AG2R LA MONDIALE
offre une gamme
étendue de solutions
en protection sociale.

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité & Invalidité

Décès

Dépendance

ÉPARGNE RETRAITE ENTREPRISE

Compte Épargne Temps (CET)

Plan Épargne Entreprise (PEE)

Plan Épargne Retraite Collectif (PERCO)

Retraite supplémentaire

à cotisations définies (Article 83)

Retraite supplémentaire

à prestations définies (Article 39)

PASSIFS SOCIAUX

Indemnités de Fin de Carrière (IFC)

Indemnités de licenciement

SERVICES ET INNOVATION SOCIALE

Prévention & Conseil social

Accompagnement

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris Cedex 08
Tél.: 09 74 50 1234
www.ag2rlamondiale.fr

Arial Assurance - membre du groupe AG2R LA MONDIALE - S.A à directoire et conseil de surveillance au capital social de 24 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. 32 avenue Émile Zola, 59370 Mons-en-Baroeul - 410 241 657 RCS Lille.