AG2R LA MONDIALE

Santé

Convention collective nationale de l'Immobilier
[Brochure n° 3090]

Formule 3

Notice d'information

En vigueur au 1er janvier 2025

Ensemble du personnel
de la catégorie assurée

Sommaire

Présentation 3
Régime frais de santé 4
Garanties – Formule 3 4
Objet des garanties 11
Actes et frais garantis 11
Bénéficiaires des garanties 11
Disposition spéciale pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle 12
Début des garanties 12
Suspension des garanties 12
Cessation des garanties 12
Maintien des garanties 13
Cotisations 15
Dispositions générales 16
Exclusions 16
Limites des garanties 16
Plafond des remboursements 17
Recours contre les tiers responsables 17
Litiges judiciaires 17
Prescription 18
Fausse déclaration 18
Territorialité 18
Renseignements – Réclamations – Médiation 19
Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales 20
Protection des données à caractère personnel 21
Autorité de contrôle 22
Modalités de gestion 24
Affiliation 24
Les remboursements 24
Échanges dématérialisés 26
Tiers payant 27
Quelques informations utiles 28
Mes services 32
Pour créer votre espace client, rien de plus simple 32
Découvrez notre application mobile « Côté santé » 32
Découvrez notre application mobile « service client » 32
Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels 33

Présentation

L'entreprise adhérente relevant de la Convention collective nationale (visée en 1ère page) a mis en place un régime de frais de santé obligatoire au profit de :

- l'ensemble de son personnel (y compris VRP) ;
- l'ensemble de son personnel (y compris VRP) ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel du 17.11.2017 relatif à la prévoyance des cadres, dit « non-cadre » ;
- l'ensemble de son personnel (y compris VRP) relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel du 17.11.2017 relatif à la prévoyance des cadres dit « cadre ».

Les catégories visées ci-dessus sont couvertes selon le contrat d'adhésion souscrit par l'entreprise.

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

La notice d'information est réalisée pour aider le salarié (dénommé « le participant » dans la présente notice) 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.

.

Régime frais de santé

Garanties – Formule 3

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

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit sont versées par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
CCAM : Classification commune des actes médicaux
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (la valeur du PMSS se trouve à l'adresse internet : https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale)
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**380 % 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 :	**370 % BR** **200 % BR**	
Chambre particulière		**3 % PMSS par jour**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 14 ans ou adulte de plus de 70 ans (sur présentation d'un justificatif)		**1,50 % PMSS par jour**	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	**365 % 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 :	**370 % BR** **200 % BR**
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**370 % BR** **200 % BR**
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**370 % BR** **200 % BR**
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**370 % BR** **200 % BR**
▶ **non remboursés SS**		
Acupuncteur, diététicien, ostéopathe	**Crédit de 120 € par année civile**	
Chiropracteur, étiopathe, homéopathe, nutritionniste (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	**360 % BR**	
Psychologues (actes remboursés SS)	**100 % BR**	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	**360 % BR**	
Forfait actes dits « lourds »	**100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur**	
Médicaments :		
▶ **remboursés SS**	**100 % BR**	
▶ **non remboursés SS**		
Contraception	**Crédit de 150 € par année civile**	
Pharmacie (hors médicaments) :		
▶ **remboursée SS**	**100 % BR**	
▶ **non remboursée SS**		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	**Crédit de 150 € par année civile**	
Sevrage tabagique	**Crédit de 200 € par année civile**	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	**365 % BR**	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	**100 % BR**	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème 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 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipements libres (***) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	**100 % BR + 1300 € (**)**	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	**100 % BR + 300 € (**)**	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	**100 % BR**	

(*) 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 règlementation 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 règlementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

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

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 maitrisé (**)**		
Inlay, onlay	**300 % BR dans la limite des HLF**	
Inlay core	**250 % BR dans la limite des HLF**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**370 % BR dans la limite des HLF**	
▶ **Panier libre (***)**		
Inlay, onlay	**300 % BR**	
Inlay core	**250 % BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**370 % BR**	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	**370 % BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**400 % 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	**300 % BR**	
Parodontologie	**Crédit de 20 % PMSS par année civile**	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	**Crédit de 322,50 € par année civile**	
Orthodontie	**Crédit de 10 % PMSS par année civile**	

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

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, 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) (**)	**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 20 % PMSS par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	**Crédit de 20 % PMSS par année civile**	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	**Crédit de 1000 € 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 UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	160 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	252,05 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	
		SPH > 0 et S > + 6	252,05 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	252,05 €	
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	252,05 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	300 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	300 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	
		SPH > 0 et S > + 8	300 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	300 €	

(*) 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	**370 % BR**
Frais de voyage et hébergement	**Crédit de 10 % PMSS par année civile**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	**20 % PMSS**
Fécondation in vitro	**Crédit de 10 % PMSS par année civile**
Amniocentèse	**Crédit de 10 % PMSS par année civile**
Garantie Assistance (1)	
Assistance	**Protocole 921780**
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	**100 % BR**

(1) L'assistance Puissance 4 est assurée par MONDIAL ASSISTANCE et régie par ses propres conditions générales.

Objet des garanties

Le régime a pour objet de verser des prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Actes et frais garantis

Sont pris en compte tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale française au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au tableau des garanties.

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

Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au tableau 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.

Bénéficiaires des garanties

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

- le participant, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- son conjoint ou son partenaire de PACS ;
- à défaut, son concubin, sous réserve qu'il habite au même domicile que le participant, qu'il ne soit ni marié ni lié par un PACS avec autrui et qu'une déclaration de vie maritale soit fournie ;
- les enfants à charge, c'est-à-dire les enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie avec le participant, son conjoint ou son partenaire lié par un PACS ou son concubin notoire (remplissant les conditions mentionnées ci-dessus), si ces enfants satisfont à l'une des conditions suivantes :
  - être âgés de moins de 16 ans, sans condition,
  - être âgés de moins de 26 ans sous réserve, soit de ne pas exercer d'activité rémunératrice et être reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposable, soit d'être atteint d'une invalidité reconnue telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice,
  - être âgés de moins de 27 ans, poursuivant des études et justifiant de la qualité d'étudiant dans ce cadre,
  - être âgés de moins de 27 ans, sous contrat d'insertion professionnelle, tels, notamment, les emplois jeunes, les formations en alternance ou les contrats de professionnalisation, et qu'ils vivent au domicile du participant,
  - être âgés de moins de 25 ans, sous contrat d'apprentissage et vivant au domicile du participant,
  - quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et bénéficiaires d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés,
  - quel que soit leur âge, sous réserve de vivre sous le toit du participant, et d'être titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article 241-3 du code de la famille et de l'action sociale.

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (attestation sur l'honneur, photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage …) conditionne le maintien des garanties.

Disposition spéciale pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Si le présent contrat est souscrit au profit de salariés relevant du Régime local Alsace Moselle, l'Institution tient compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

Début des garanties

Les garanties prennent effet :

- soit à la date de prise d'effet du contrat d'adhésion des avenants s'y rapportant si vous faites partie de la catégorie de personnel affilié ;
- soit à compter de votre date d'entrée au sein de l'entreprise lorsque vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion au sein de la catégorie de personnel affilié ;
- soit à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel affilié.

Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit si votre contrat de travail est suspendu. Dans ce cas aucune cotisation n'est due pendant cette période.
La suspension de vos garanties intervient à la date de la cessation de votre activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès votre reprise effective du travail, sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur de vos garanties sera la date à laquelle l'Institution aura été informé de votre reprise effective du travail. Aucun sinistre survenant durant cette période de suspension de vos garanties ne peut donner lieu à prise en charge au titre du contrat d'adhésion.

Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations ;
- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail sous réserve des dispositions prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- à la date à laquelle vous n'appartenez plus à la catégorie de personnel affilié ;
- à la date d'effet de la liquidation de votre retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi- retraite ;
- au décès du participant ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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 l'entreprise auprès d'AG2R Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun participant ne peut résilier son affiliation aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Le régime frais de santé est maintenu moyennant paiement des cotisations salariales et patronales correspondantes (calculées selon les mêmes règles que celles applicables aux salariés en activité) au profit des salariés (et par extension au profit de ses éventuels ayants droit) dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

– soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
– soit de prestations en espèces de la Sécurité sociale ;
– soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
– 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…).

Par ailleurs, dans les situations où il y a suspension du contrat de travail du participant, 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 participant peut demander à titre individuel auprès de l'institution à continuer de bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé (pour lui-même et ses éventuels ayants droit) pendant la durée de ce congé.

La demande doit être formulée au plus tard un mois après le début du congé non rémunéré.

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

La cotisation totale du régime pour lui-même et ses éventuels ayants droit (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 à échoir par le participant selon les modalités fixées par l'assureur (prélèvements bancaires).

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

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

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

– à la date de fin d'effet du congé ;

– à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de cessation des garanties.

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. 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.

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

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés, ainsi qu'à leurs bénéficiaires qui étaient déjà couverts au moment de la rupture ou de la fin du contrat de travail, 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 en cas de maintien des garanties

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 participant décédé

En cas de décès du participant, les garanties sont maintenues à titre gratuit à ses ayants droit, qui étaient déjà couverts avant la date du décès, pendant une période de 12 mois.

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

En cas de cessation des garanties collectives

Le participant et ses éventuels bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent leur être communiquées sur simple demande.

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

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

Cotisations

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

Dispositions générales

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

Aucun délai de carence ou d'attente n'est mis en œuvre s'il a pour effet d'empêcher les prises en charges minimales prévues par la réglementation en vigueur (notamment celle relative au contrat responsable ou au respect du panier de soins ANI), et ce, peu importe si le participant était assuré par un précédent organisme assureur ou non.

Exclusions

Ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

- **les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique ;**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

*** Montant minimum non pris en charge par l'Institution pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.**

Toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du présent contrat.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus de ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'Institution seront effectués après avis des praticiens conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des 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 cette classification.

Pour les frais conséquents à des 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 dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'Institution se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'Institution ou produits spontanément par le bénéficiaire, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'Institution peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du bénéficiaire. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le bénéficiaire doit transmettre à l'Institution une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

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'Institution ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Actes effectués en secteur non conventionné : si la prestation est calculée en fonction de la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes conventionnés, le remboursement ne peut excéder celui qui aurait été versé si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, tout autre éventuel régime complémentaire frais de santé et les présentes garanties.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'Institution à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'Eest 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.

Litiges judiciaires

Tout litige judiciaire issu de l'application du contrat d'adhésion, entre l'adhérent et/ou le bénéficiaire et l'organisme assureur, est, de convention expresse entre les parties au contrat d'adhésion, porté à la connaissance des juridictions compétentes déterminées selon la réglementation en vigueur du ressort du siège social de l'organisme assureur.

Prescription

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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'Institution 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'Institution, 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'Institution 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.

Fausse déclaration

Les déclarations faites par le participant servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle d'un bénéficiaire du contrat, l'Institution pourra selon les modalités prévues par la réglementation en vigueur procéder à la régularisation du contrat (notamment demander une régularisation des cotisations et/ou procéder à une limitation du remboursement).

Territorialité

La garantie n'est acquise qu'aux salariés exerçant leur activité sur le territoire français. La garantie souscrite produit cependant son effet dans le monde entier pour les salariés dont les séjours n'excèdent pas 3 mois et bénéficiant à ce titre du régime général de la Sécurité sociale française. Les prestations de l'Institution viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

Renseignements – Réclamations – Médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution 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

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

Médiation

En cas de 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 mentionné ci-avant, 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 la corruption et le trafic d’influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d’influence

L’adhérent déclare et garantit à l’Institution 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’Institution 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’adhérent ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l’Institution 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.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L’Organisme assureur, en sa qualité d’organisme financier, est assujetti 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’adhérent s’engage à remettre, dès l’entrée en relation d’affaires, à l’Institution ou à son courtier le cas échéant, l’ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l’identification de l’adhérent et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l’adhérent 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’Institution 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’Institution ne sera tenue 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’Institution serait réglementairement tenu de se conformer.

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 d'AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'Institution 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 les intérêts légitimes de l'Institution en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts 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 aux obligations légales et règlementaires de l'Organisme assureur, 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'Institution 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 d'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'Institution de les mettre en œuvre.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'adhérente 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 d'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.

Eventuels 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, AG2R LA MONDIALE s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union européenne 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 d'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 règlementaires, 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'Institution 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'Institution 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 de l'Institution : https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles.

Autorité de contrôle

L'Institution 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, quittance de loyer, 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 à l'organisme assureur.

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'organisme assureur.

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'organisme assureur.

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 Institution (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'organisme assureur.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes 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'organisme assureur.

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 d'une des garanties 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 du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

L'Institution peut, dans le cadre de la lutte contre la fraude, être amenée à demander au participant, après avoir recueilli au préalable son consentement concernant l'utilisation de ses données de santé, et 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) ou 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, 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’organisme assureur.

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.ag2rlamondiale.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.ag2rlamondiale.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.

Mise en œuvre et vérifications par l’organisme assureur

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’organisme assureur

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 règlementation 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’organisme assureur.

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 Malesherbes 75008 Paris).

Espace client du participant

Chaque participant éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet du Groupe AG2R LA MONDIALE (https://espace-client.ag2rlamondiale.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.

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.

Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de l'organisme assureur. 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'organisme assureur, relative à des soins postérieurs à la cessation des garanties, devra être restituée par le participant.

L'adhérent 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'adhérent ou la résiliation du contrat.

Pour la période de maintien / poursuite des droits après rupture du contrat de travail (notamment au titre de la portabilité) selon les dispositions prévues par le régime, 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.

Carte de tiers payant

Pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, il suffit de l'interroger en lui présentant la carte de tiers payant ; celle-ci évite l'avance de frais. Dans le cas contraire, la part complémentaire doit être réglée directement au pharmacien, qui doit remettre une facture acquittée.

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'organisme assureur. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention de l'organisme assureur.

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.ag2rlamondiale.fr/
- avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante
- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

Il est possible également 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.ag2rlamondiale.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'organisme assureur. 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 annuairesante.ameli.fr

Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire de 2 euros

À compter du 15 mai 2024, cette participation forfaitaire de 2 euros 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 de 2 euros n’est pas remboursée par l’Institution 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’Institution 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).

À compter du 31 mars 2024, le montant de la franchise est de :

- 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

Un plafond journalier est également prévu pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. À compter du 31 mars 2024, on ne peut pas déduire :

- plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l’ensemble des actes et/ou prestations concernés. Les franchises ne sont pas remboursées par l’Institution 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 1er 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 1er 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 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.ag2rlamondiale.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

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

Nos conseillers sont là
pour échanger avec vous,
vous écouter et vous accompagner
dans vos choix.
www.ag2rlamondiale.fr

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 2020 (Mars 2025) - Pôle Contrats Chartres