AG2R LA MONDIALE

Santé

Convention collective nationale de la Restauration rapide
[Brochure n° 3245]

Notice d'information

En vigueur au 1er janvier 2025

Ensemble du personnel

Sommaire

Présentation 4
Régime complémentaire obligatoire 5
Garanties 5
Objet des garanties 10
Actes et frais garantis 10
Bénéficiaire(s) des garanties 10
Début des garanties 10
Cessation des garanties 11
Maintien des garanties 11
Cotisations 13
Dispositions générales 14
Exclusions 14
Limites des garanties 14
Plafond des remboursements 15
Recours contre les tiers responsables 15
Prescription 15
Renseignements – réclamations – médiation 16
Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence 17
Protection des données à caractère personnel 18
Autorité de contrôle 20
Modalités de gestion 21
Affiliation 21
Les remboursements 21
Échanges dématérialisés 23
Quelques informations utiles 25
Mes services 29
Pour créer votre espace client, rien de plus simple 29
Découvrez notre application mobile « Côté santé » 29
Découvrez notre application mobile « service client » 29
Annexe 1 – Extension aux ayants droit 30
Objet des garanties 30
Bénéficiaires des garanties 30
Affiliation 30
Prise d'effet des garanties 31
Cessation des garanties 31
Annexe 2 – Régime surcomplémentaire 32
Garanties 32
Objet du régime 39
Bénéficiaires des garanties 39
Actes et frais garantis 39
Début des garanties 40
Changement de niveau de garanties 40

Cessation des garanties 40
Annexe 3 – Dispositions communes aux ayants droits et au régime surcomplémentaire 41
Cotisations 41
Indexation 41
Résiliations individuelles 41
Adhésion à distance 42
Adhésion suite au démarchage de l’assuré 43
Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels 45

Présentation

L’entreprise adhérente, relevant de la Convention collective nationale de la Restauration rapide [Brochure n° 3245], a mis en place un régime de frais de santé au profit de :
– l’ensemble de son personnel.

Cette présente notice comprend :
– un **régime complémentaire obligatoire** ;
– un **régime surcomplémentaire facultatif**, composée de 2 options au choix, afin de compléter le remboursement des frais garantis par le régime complémentaire.

Le **régime complémentaire** peut-être étendu, à titre facultatif et moyennant le paiement des cotisations correspondantes, aux ayants droit du salarié (voir **Annexe 1** de la présente notice). Les ayants droit du salarié peuvent également s’affilier volontairement au **régime surcomplémentaire** facultatif, à condition que le salarié en bénéficie lui-même, moyennant le paiement des cotisations correspondantes (voir **Annexe 2** de la présente notice). Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire, l’affiliation au régime complémentaire est indispensable.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l’Institution » dans la présente notice), membre de 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 complémentaire obligatoire

Garanties

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 :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**100% 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 :	**150% BR** **130% BR**	
Chambre particulière		**1,7% PMSS**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		**1% PMSS**	

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

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ **remboursés SS**			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**100% BR** **100% BR**	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**100% BR** **100% BR**	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**150% BR** **130% BR**	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**150% BR** **130% BR**	
▶ **non remboursés SS**			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		**20 € par consultation dans la limite de 3 consultations par année civile**	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		**100% BR**	
Psychologues (actes remboursés SS)		**100% BR**	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		**100% BR**	
Forfait actes dits « lourds »		**100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur**	
Médicaments :			
▶ **remboursés SS**		**100% BR**	
▶ **non remboursés SS**			
Contraception prescrite (1)		**Crédit de 50 € par année civile**	
Pharmacie (hors médicaments) :			
▶ **remboursée SS**		**100% BR**	
▶ **non remboursés SS**			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (2)		**Crédit de 30 € par année civile**	
Sevrage tabagique		**Crédit de 50 € par année civile**	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**100% BR + crédit de 300 € par année civile**	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		**100% BR**	

(1) Pilule et implant ; contraception d'urgence avec facture et sans prescription : pilule du lendemain.

(2) Antiamarile (fièvre jaune) / Encéphalite à tiques / Encéphalite japonaise / Hépatite A / Méningite à méningocoques (cérébro-spinale) / Rage / Typhoïde / Médicaments de lutte contre le paludisme.

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 + 300 € (***)**	
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**	

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

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

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

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

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la 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).

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	**200% BR dans la limite des HLF**	
Inlay core	**200% BR dans la limite des HLF**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**270% BR dans la limite des HLF**	
▶ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	**200% BR**	
Inlay core	**200% BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**270% BR**	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	**100% BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**270% BR**	
Actes dentaires non remboursés SS		
Parodontologie	**Crédit de 150 € par année civile**	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier …)	**200 € par implant limité à 5 implants par année civile**	
Orthodontie	**270% BR**	

(*) 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 (*) :		
Equipement de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV**	
Equipement de classe A : Enfant – de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)		
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 (***) :		
Equipement de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	**220 € (la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €)**	
Equipement de classe B : Enfant – de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)	**220 € (la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €)**	
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 100 € par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	**400 € 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(**) Condition 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 médical 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond d classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

AUTRES FRAIS	
Garantie Assistance (1)	
Assistance	**Protocole n° 517495**
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	**100 % BR**

(1) La Garantie Assistance prévue au contrat, dans le cadre de la Convention d'Assistance souscrite par AG2R Prévoyance auprès de FRAGONARD ASSURANCES (SA au capital de 37 207 660,00 € - 479 065 351 RCS Paris - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris - Entreprise régie par le Code des assurances), est mise en œuvre par AWP FRANCE SAS (SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - http://www.orias.fr/) dénommée sous le nom commercial « Mondial Assistance »).

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.

Bénéficiaire(s) des garanties

Le bénéficiaire du régime complémentaire obligatoire est le participant, assuré social, salarié d'une entreprise ou d'un établissement relevant du champ d'application de la Convention collective nationale de la Restauration rapide.

Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime certains salariés, dans le respect des conditions prévues par l'acte juridique interne de l'entreprise mis en place conformément à l'article L 911-1 du Code de la Sécurité sociale (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur) et selon les dispositions légales et règlementaires en vigueur. En tout état de cause, ces participants seront tenus de cotiser et d'adhérer à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Les ayants droits du participant pourront être affiliés au régime complémentaire à titre facultatif (voir Annexe 1).

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

Début des garanties

Pour le participant, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet du contrat d'adhésion pour les participants présents à l'effectif, dès lors qu'il relève à cette date de la catégorie de personnel visée dans l'acte juridique en vigueur dans l'entreprise organisant le régime ;
- à défaut, dès qu'il relève de la catégorie de personnel précitée lorsque les conditions sont remplies postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Cessation des garanties

Pour le participant, les garanties cessent :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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

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

Contrat collectif obligatoire

Le contrat d'adhésion souscrit par l'entreprise auprès de 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 bénéfice des garanties est suspendu de plein droit pour le participant dont le contrat de travail est suspendu.

Dans ce cas, la suspension intervient au dernier jour du mois de la date de cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective du travail par le participant au sein de l'effectif assuré (sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise). À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'entreprise. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due.

Toutefois, les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle :

- il bénéficie d'un maintien, total ou partiel, de salaire, ou 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) ;
- il est en arrêt pour cause de maladie ou d'accident ;
- il est en congé maternité, paternité ou d'adoption ;
- il bénéficie 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…).

Le maintien des garanties tel qu'évoqué ci-dessus s'applique également aux ayants droit du participant, en cas d'extension du régime complémentaire à titre facultatif.

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime complémentaire obligatoire du participant et le cas échéant, le participant s'acquittera de sa cotisation correspondant aux régimes surcomplémentaires ainsi que celle relative à l'extension du régime aux ayants droit et ce, sans préjudice de l'application des dispositions ci-après.

Congé légal de maternité

Pendant la durée légale du congé maternité et tant que le contrat de travail est en vigueur, les garanties du régime complémentaire obligatoire sont maintenues à la salariée sans paiement des cotisations. La cessation du congé maternité met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1er jour du mois qui suit la date de fin du congé maternité.

Participant relevant de la législation « Accidents du travail / Maladies professionnelles »

En cas d'arrêt de travail de plus de 6 mois, relevant de la législation « Accidents du travail / Maladies professionnelles » de la Sécurité sociale, d'un participant bénéficiaire du régime complémentaire obligatoire, les

garanties du régime complémentaire obligatoire seront maintenues sans paiement des cotisations pendant 12 mois à compter du 1er jour du 7ème mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou cessation du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1er jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail.

Cependant, tout participant, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initiale, conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la Sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « Accidents du travail / Maladies professionnelles ». Tout participant qui reprend le travail après avoir bénéficié partiellement de l'exonération du paiement des cotisations, conserve son droit à gratuité en cas de rechute au sens de la législation de la Sécurité sociale « Accidents du travail / Maladies professionnelles », dans la limite de la période d'exonération restant à courir.

Participant en suspension du contrat de travail sans indemnisation

Hormis les cas énumérés ci-avant de suspension de contrat de travail donnant lieu à maintien de garanties, la couverture du régime complémentaire obligatoire peut être maintenue à la demande du participant sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation correspondante, mensuellement à terme échu.

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

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de son décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, l'Institution maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé de base obligatoire, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'Institution. La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Toutefois, les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du « dispositif de portabilité » prévu au contrat d'adhésion pourront en faire la demande dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Ayants droit du participant décédé

En cas de décès du participant en activité ou bénéficiant du dispositif de portabilité prévu ci-avant, 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.

La nouvelle affiliation prendra effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation, et au plus tard au lendemain de la demande.

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, au-delà de la période de gratuité de 12 mois.

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.

Les montants de cotisations figurent sur le bulletin de salaire du participant.

Dispositions générales

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

Exclusions

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

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

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

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

Sont également exclues les prises en charge :

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

Limites des garanties

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

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'Institution.

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'Institution est subrogée 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.

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.

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 et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'Institution) : 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.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Institution, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :
– Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/
– Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale
10 Rue Cambacérès
75008 Paris

Ce recours est gratuit.

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

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

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

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

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

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

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

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 tenue de se conformer.

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise 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'entreprise 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.

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'Institution, membre de 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 nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Profilage et décision automatisée

L'Institution peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des donnée 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'entreprise et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

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

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

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

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

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

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des donnée 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 :

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

Autorité de contrôle

L’Institution est soumise à l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Modalités de gestion

Affiliation

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

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

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

- un justificatif de la situation de concubinage : photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, facture d'électricité ou facture de téléphone fixe aux 2 noms, …) ;
- pour les partenaires liés par un PACS non dissous, la copie de la convention établissant leur engagement dans les liens du PACS, ayant été délivrée par la mairie, le notaire ou le greffe du tribunal d'instance.

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

Les remboursements

Télétransmission

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

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

- si la demande de remboursement complémentaire concerne des frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais ne faisant pas l'objet d'une télétransmission automatique ;
- si le remboursement n'est pas parvenu normalement au participant, ou sur demande expresse de l'Institution.

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

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

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

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

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

Demandes de remboursement

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

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

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

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

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

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

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

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

- en cas de demande de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique comprenant une monture et/ou des verres avant le délai de droit commun prévu par le cahier des charges du contrat responsable :
  - la nouvelle prescription médicale (verres et/ou monture) et la prescription médicale initiale (verres et/ou monture) comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue précisant la nouvelle correction,

- la prescription médicale de l’équipement précédent ou document émanant de l’opticien et précisant la correction de l’équipement précédent.

– la prescription médicale des lentilles de correction ;
– la photographie des emballages non ouverts de lentilles de correction ;
– la photocopie de la carte de vue délivrée par l’opticien.

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

Paiement des prestations

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

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

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.

Mise en œuvre et vérifications par l’Institution

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

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

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

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

Après les vérifications mentionnées ci-dessus, l’Institution peut mettre à disposition ou fournir au participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la 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'Institution.

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

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

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

Droit d'opposition du participant

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

Tiers payant

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

Cette carte peut être remise de façon dématérialisée.

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

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

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

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

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

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

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné (uniquement), l'Institution délivre un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, selon les garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

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

En matière d'optique

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

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

- en se connectant à l'ESPACE CLIENT sur www.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 également possible de reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

Réseau ITELIS

Il est possible de bénéficier du réseau **Itelis** dans certains domaines comme l'optique et l'audioprothèse ; les services sont disponibles sur le site internet www.itelis.fr/particulier-offre-info/

Il est également possible de consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.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'Institution. En retour, il est notifié le montant de l'intervention complémentaire sur chaque acte dentaire.

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de base de remboursement. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à la respecter.

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

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

Les professionnels de santé « non conventionnés » fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité » très inférieur à la base de remboursement.

Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement est conventionné ou non. Dans un établissement de santé privé non conventionné, les frais à la charge du patient sont plus importants.

Médecin traitant et correspondant

Le médecin traitant détermine le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, il est possible de consulter un médecin correspondant (généralement spécialiste mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert, soit pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé le médecin traitant de son diagnostic.

Parcours de soins coordonnés

Il s'agit d'un circuit que doit suivre le participant afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace avec le médecin traitant et, le cas échéant, les autres praticiens.

Les médecins en accès direct (ophtalmologistes et gynécologues pour certains actes, et les psychiatres pour les 16-25 ans) sont également encouragés à faire un retour d'information au médecin traitant. Pour les consulter directement, il faut cependant avoir déclaré son médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire au préalable.

Médecins non conventionnés

Ces praticiens n'adhèrent pas à la convention nationale et ne sont soumis à aucune contrainte tarifaire. Le remboursement des honoraires effectué par l'assurance maladie obligatoire est basé sur le tarif d'autorité.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

Option pratique maîtrisée (OPTAM) / Option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

La Sécurité sociale a proposé aux professions médicales pratiquant les dépassements d'honoraires une nouvelle convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. À ce titre, les honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM-CO sont mieux remboursés (base de remboursement Sécurité sociale supérieure et meilleur remboursement de la complémentaire).

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

Participation forfaitaire / franchise médicale

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

Annexe 1 – Extension aux ayants droit

Objet des garanties

Faire bénéficier à la famille de prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité sociale française en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

> L'extension n'est possible que lorsque le participant bénéficie du régime complémentaire obligatoire. Les garanties sont identiques aux garanties du régime complémentaire obligatoire, moyennant le versement d'une cotisation spécifique.

Bénéficiaires des garanties

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

- son conjoint ;
- à défaut, son concubin au sens de l'article 515-8 du code civil lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou non avec le participant. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le participant, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance ou par le notaire ou par la mairie. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un Pacs, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, 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, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).
- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
  - les enfants de moins de 18 ans à charge, au sens de la législation de la sécurité sociale, du participant ou de son conjoint ou de son concubin et, par extension :
  - les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale, à savoir :
    - les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
    - les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
  - Les enfants de moins de 26 ans à charge fiscale du conjoint ou du concubin, au sens de la législation fiscale selon la définition ci-dessus ;
  - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après, pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable. Dans le cadre de la structure de cotisation « adulte/enfant », à compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge, cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte » ;
- toute autre personne à charge du participant, au sens de la législation fiscale.

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

Affiliation

L'affiliation s'effectue selon les modalités d'affiliation mises à disposition par l'Institution et notamment via le bulletin d'affiliation retourné signé à l'Institution (le participant complète alors le verso du bulletin d'affiliation santé facultatif).

L'Institution se réserve le droit, à tout moment, de demander au participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaires (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte VITALE, avis d'imposition).

Les affiliations individuelles sont souscrites par les participants pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite tacitement chaque année au 1er janvier, pour une année civile, sauf résiliation formulée par les participants selon les modalités définies en Annexe 3.

Prise d'effet des garanties

Concernant ces ayants droits couverts à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du participant si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier (toutefois lorsque la demande est faite dans les 6 mois qui suivent la date d'affiliation du participant au régime complémentaire, l'extension de garantie prend effet le 1er jour du mois qui suit la date de la demande) ;
- à défaut, le 1er jour du 2ème mois qui suit la demande d'extension de couverture au régime complémentaire ou surcomplémentaire si elle n'est pas formulée dans les conditions prévues ci-dessus ;
- le premier jour du mois civil suivant la date de la demande formulée auprès de l'Institution, en cas de demande d'extension faisant suite à un changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, …) ou encore en cas de changement de situation professionnelle du conjoint, concubin, partenaire de PACS (notamment en cas d'embauche, licenciement, changement de statut salarié). La demande devra être faite dans les 30 jours qui suivent l'évènement, à défaut les garanties prendront effet au 1er janvier qui suit la date de la demande d'extension à l'Institution.

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le participant.

Cessation des garanties

Les garanties du régime facultatif (base et surcomplémentaire le cas échéant) cessent d'être accordées selon les modalités définies au contrat, et en outre :

- lorsque le participant ne bénéficie plus du régime complémentaire obligatoire, et en cas de résiliation de l'affiliation individuelle du participant lorsque le régime surcomplémentaire a été souscrit ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation individuelle lorsque le participant a dénoncé l'extension de la couverture du ou des ayant(s) droit dans les conditions prévues au contrat ;

En cas de désaffiliation du conjoint et/ou des enfants, aucune nouvelle demande d'affiliation ne sera acceptée durant un délai de 2 ans, sauf changement de situation de famille du participant (dans les conditions prévues ci-dessus).

- à la date à laquelle l'ayant droit perd cette qualité ;
- à l'issue de la procédure de suspension des garanties prévue au contrat, en cas de non-paiement des cotisations facultatives dues.

Annexe 2 – Régime surcomplémentaire

Le régime surcomplémentaire (avec choix entre « Option 1 » ou « Option 2 ») est applicable si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime complémentaire est obligatoire. Par ailleurs, l'affiliation au régime surcomplémentaire s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires du régime complémentaire.

Garanties

Option 1

Les prestations viennent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime complémentaire obligatoire, à l'exception des postes exprimés en pourcentage des frais réels, qui s'entendent y compris les prestations du régime complémentaire obligatoire.

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 :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
CCAM : Classification commune des actes médicaux
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**+ 150% BR**	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 220% BR** **+ 70% BR**	
Chambre particulière		**+ 0.56% PMSS**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		**+ 1.15% PMSS**	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ **remboursés SS**			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 200% BR** **+ 100% BR**	

Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 200% BR** **+ 100% BR**
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 150% BR** **+ 70% BR**
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 150% BR** **+ 70% BR**
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**+ crédit de 700 € par année civile**

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
	CONVENTIONNE	**NON CONVENTIONNE**
Equipements libres (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	**+ 700 € (**)**	

(*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnisations versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit de « **base** » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
	CONVENTIONNE	**NON CONVENTIONNE**
Prothèses		
▶ **Panier maitrisé (*)**		
Inlay, onlay	**Néant**	
Inlay core	**Néant**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+ 80% BR dans la limite des HLF (**)**	
▶ **Panier libre (***)**		
Inlay, onlay	**Néant**	
Inlay core	**Néant**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+ 80% 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	**260% BR**	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.
(**) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit de « **base** » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)
(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Equipement de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	**+ 200 € (***)**	
Equipement de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)	**+ 200 € (***)**	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**+ crédit de 100 € par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)		

(*) 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. Dans ce cas, la prise en charge au titre du présent régime de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B cumulé du régime complémentaire dit de « base » et du présent régime correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A et des prestations versées au titre de la monture de classe B dans le cadre du régime complémentaire dit de « base », pour la monture de classe B,

- du coût de la monture classe A et des prestations versées au titre des verres de classe B dans le cadre du régime complémentaire dit de « base », pour les verres de classe B.

(**) 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.

(***) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable (dont celui de 100 € pour la monture) tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit de « base » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (1)	**Forfait de 250 €**

(1) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

Option 2

Les prestations viennent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime complémentaire obligatoire, à l'exception des postes exprimés en pourcentage des frais réels, qui s'entendent y compris les prestations du régime complémentaire obligatoire.

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 :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
CCAM : Classification commune des actes médicaux
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
		CONVENTIONNE	**NON CONVENTIONNE**
Frais de séjour		**+ 430% BR**	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 500% BR** **+ 70% BR**	
Chambre particulière		**+ 1.55% PMSS**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		**+ 1.15% PMSS**	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
		CONVENTIONNE	**NON CONVENTIONNE**
Honoraires médicaux :			
▶ **remboursés SS**			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 400% BR** **+ 100% BR**	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 400% BR** **+ 100% BR**	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 350% BR** **+ 70% BR**	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 350% BR** **+ 70% BR**	
▶ **non remboursés SS**			
Densitométrie osseuse		**Crédit de 200 € par année civile**	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**+ crédit de 900 € par année civile**	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	**+ 900 € (**)**	

(*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnisations versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit de « **base** » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)
(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
▶ Panier maitrisé (*)		
Inlay, onlay	**+ 100% BR dans la limite des HLF (**)**	
Inlay core	**+ 100% BR dans la limite des HLF (**)**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+ 200% BR dans la limite des HLF (**)**	
▶ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	**+ 100% BR**	
Inlay core	**+ 100% BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+ 200% BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**+ 180% 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	**380% BR**	
Orthodontie	**+ 110% BR**	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.
(**) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit de « **base** » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Equipement de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	**+ 200 € (***)**	
Equipement de classe B : Enfant – de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)	**+ 200 € (***)**	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**+ crédit de 100 € par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)		

(*) 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. Dans ce cas, la prise en charge au titre du présent régime de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B cumulé du régime complémentaire dit de « base » et du présent régime correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A et des prestations versées au titre de la monture de classe B dans le cadre du régime complémentaire dit de « base », pour la monture de classe B,

- du coût de la monture classe A et des prestations versées au titre des verres de classe B dans le cadre du régime complémentaire dit de « base », pour les verres de classe B.

(**) 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.

(***) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable (dont celui de 100 € pour la monture) tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire dit de « base » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	**100 €**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (1)	**Forfait de 350 €**

(1) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

Objet du régime

Améliorer les remboursements en choisissant un niveau de garanties venant s'ajouter au régime complémentaire obligatoire.

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

Bénéficiaires des garanties

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

– le participant, assuré social, salarié de l'entreprise ;
– ses ayants droit, tels que définis en Annexe 1.

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

Actes et frais garantis

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

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 résumé des garanties). Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur.

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

Début des garanties

Pour le participant et ses éventuels bénéficiaires, les garanties prennent effet :

- au plus tôt, à la date d'affiliation au régime complémentaire lorsque la demande est faite concomitamment (toutefois lorsque la demande est réalisée dans les 6 mois qui suivent la date d'affiliation au régime complémentaire, l'extension de garantie prend effet le 1er jour du mois qui suit la date de la demande)
- à défaut, au 1er jour du 2ème mois qui suit la date de la demande d'extension à l'Institution lorsque la demande d'adhésion au régime surcomplémentaire n'est pas formulée dans les conditions prévues ci-dessus.

Changement de niveau de garanties

Lorsque le participant a adhéré à l'extension de garantie, tout changement d'option à la hausse ou à la baisse ne pourra intervenir qu'après un minimum de 2 années complètes d'adhésion à l'une des options. Le changement prendra effet au 1er janvier de l'année, sous réserve d'en faire la demande à l'Institution au moins 3 mois avant la fin de l'année civile, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toutefois en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint…) ou encore en cas de changement de situation professionnelle du conjoint, concubin, partenaire de PACS (notamment en cas d'embauche, licenciement, changement de statut salarié), la durée minimum de 2 années d'adhésion est levée et le changement d'option interviendra le premier jour du mois civil suivant la date de la demande formulée auprès de l'Institution dans les mêmes conditions que prévues ci-dessus.

Tout changement de garantie concernera le participant et l'ensemble de ses ayants droit affiliés le cas échéant par extension facultative du régime complémentaire obligatoire.

Ces dispositions ne font pas obstacle à l'application du droit à la résiliation annuelle ou infra-annuelle du contrat par le participant selon les modalités définies au contrat.

Cessation des garanties

Les garanties du régime surcomplémentaire facultatif cessent d'être accordées :

- lorsque le participant ne bénéficie plus du régime complémentaire de base obligatoire ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation individuelle lorsque le participant a dénoncé l'extension de sa couverture facultative dans les conditions prévues au contrat ;
- à l'issue de la procédure de suspension des garanties prévue au contrat, en cas de non-paiement des cotisations facultatives dues ;
- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'Institution ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

La résiliation par le participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires des garanties relevant de ce dernier.

Annexe 3 – Dispositions communes aux ayants droits et au régime surcomplémentaire

Cotisations

Les tarifs des cotisations figurent sur la fiche tarifaire.

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu, sur le compte bancaire du participant.

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'Institution adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception au participant détaillant les conséquences du non-paiement, à savoir son exclusion du contrat. Si 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure la cotisation n'est toujours pas payée, l'Institution informe le participant de la cessation automatique de son adhésion au contrat et de celle de ses éventuels bénéficiaires, et ce, conformément aux dispositions de l'article L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Le participant est responsable du paiement des cotisations.

En toute hypothèse, les éventuels frais d'impayés pourront être imputés au participant.

Indexation

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

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

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

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

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

Résiliations individuelles

Résiliation annuelle à l'initiative du participant

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

- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'Espace client via le site www.ag2rlamondiale.fr ;
- soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'Assureur et, disponible sur le site www.ag2rlamondiale.fr ;
- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2rlamondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- soit par acte extrajudiciaire.

Résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant

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

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

Si le participant souhaite procéder à la résiliation infra-annuelle du présent régime en vue de contracter avec un autre organisme un nouveau contrat facultatif, il en transmet la demande à ce dernier sur support papier ou tout autre support durable. Dans ce cas, le nouvel organisme notifie auprès de l'Institution la résiliation dudit régime par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

En cas de résiliation infra-annuelle émanant directement du participant, celle-ci peut être notifiée selon les mêmes supports que ceux prévus pour la résiliation annuelle à l'initiative du participant.

Que la demande de résiliation émane directement du participant ou qu'elle soit effectuée pour le compte de ce dernier par le nouvel organisme selon les modalités indiquées ci-dessus, l'Institution accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable au participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. Le cas échéant, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du présent régime.

Une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout participant qui peut bénéficier du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) pour sa partie complémentaire. Dans ce cas, la résiliation par un participant s'entend pour l'ensemble des éventuels autres bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier en vertu de l'article IV 2).

Enfin, en cas de résiliation de l'affiliation individuelle au présent régime surcomplémentaire entrainant le retour vers le niveau du régime complémentaire de base obligatoire, En cas de résiliation de l'extension de garantie, aucune nouvelle demande d'adhésion au régime surcomplémentaire ne sera acceptée durant une période de 2 ans, sauf changement de situation de famille ou de situation professionnelle d'un ayant droit (conjoint, partenaire de PACS, concubin) visé ci-après au paragraphe « Changement de formule de garanties par le participant » des présentes Conditions particulières. Dans ce cas, la nouvelle adhésion au régime surcomplémentaire prendra effet le premier jour du mois civil suivant la date de la demande formulée auprès de l'Institution dans les mêmes conditions que celles prévues audit paragraphe.

Adhésion à distance

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

1. La dénomination de l'Institution contractant, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.

2. Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.

3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.

4. La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.

5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'Institution peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.

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

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

action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

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

Droit à renonciation

L'assuré a la faculté de renoncer à son contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

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

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'Institution est tenu de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'Institution si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Modèle de renonciation

La demande de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance doit être adressée à votre centre de gestion.

Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec AR :

J'ai souscrit une adhésion pour le produit Conventionnel auprès de votre organisme
le ____ /____ /____, sous le numéro _____.

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

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

Date et Signature

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 AG2R Prévoyance (07/2017) (Octobre 2024) - Pôle Contrats Chartres