



AG2R LA MONDIALE

NOTICE D'INFORMATION

SANTÉ

**Régimes complémentaire et surcomplémentaire option 2
obligatoires pour le salarié, facultatifs pour les ayants droit**

**ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS D'HOSPITALISATION, DE SOINS, DE
CURE ET DE GARDE À BUT NON LUCRATIF
Ensemble du personnel**

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	3
VOTRE GARANTIE	4
RÉSUMÉ DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE BASE	4
RÉSUMÉ DU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE « OPTION 2 »	8
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	12
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?	12
QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?	12
COTISATIONS	12
VOTRE RÉGIME FACULTATIF POUR VOS AYANTS DROIT	13
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	13
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE RÉGIME ?	13
QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?	13
QUAND DÉBUTE LA GARANTIE POUR VOS AYANTS DROIT?	13
QUAND CESSE-T-ELLE ?	13
COTISATIONS	14
DISPOSITIONS COMMUNES	15
MAINTIEN DE LA GARANTIE	15
EXCLUSIONS	16
LIMITES DES GARANTIES	17
PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	17
RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	17
PRESCRIPTION	17
RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	18
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE	18
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	18
MODALITÉS DE GESTION	19
COMMENT VOUS AFFILIER ?	19
COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?	19
TIERS PAYANT	20
ACCORDS DE PRISE EN CHARGE	20
QUELQUES INFORMATIONS UTILES	21
MES SERVICES	23
DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ »	23
DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « SERVICE CLIENT »	23

PRÉSENTATION

VOTRE ÉTABLISSEMENT, RELEVANT DE LA BRANCHE DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS D'HOSPITALISATION, DE SOINS, DE CURE ET DE GARDE À BUT NON LUCRATIF [BROCHURE CCN N°3198], A MIS EN PLACE UNE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE AU PROFIT DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL.

Cette garantie se compose d'un régime complémentaire, assorti d'un régime surcomplémentaire « option 2 », obligatoires pour vous-même, et facultatifs pour vos éventuels ayants droit.

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

Cette notice s'applique à compter du 1^{er} janvier 2018.

La NOTICE D'INFORMATION est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Les garanties complémentaires sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes.

VOTRE GARANTIE

RÉSUMÉ DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

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

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

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

Postes	Prestations AG2R Réunica Prévoyance ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	100 % de la BR 100 % des FR
Forfait hospitalier	limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % de la BR
Actes médicaux	
Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Analyses	100 % de la BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % de la BR
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % de la BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple, onlay	125 % de la BR
Prothèses dentaires	200 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	125 % de la BR
Orthodontie	125 % de la BR
Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽²⁾	
Monture adultes	RSS + 80 €
Monture enfants	RSS + 70 €
Verres (adultes/enfants)	RSS + montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE pages 5 et suivantes
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 50 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris jetables	Crédit de 50 € par année civile

Actes de prévention

Voir détail ci-après

100 % de la BR

D.P.T.M. = DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR :

- OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE.
- OPTAM CO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS

FR = FRAIS RÉELS.

BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.

RSS = REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES.

(2) POUR L'APPRÉCIATION DE LA PÉRIODE PERMETTANT UN RENOUVELLEMENT, LE POINT DE DÉPART EST FIXÉ À LA DATE D'ACQUISITION D'UN ÉQUIPEMENT OPTIQUE (OU DU PREMIER ÉLÉMENT DE L'ÉQUIPEMENT DANS L'HYPOTHÈSE D'UN REMBOURSEMENT DEMANDÉ EN DEUX TEMPS). LA PÉRIODE DE RENOUVELLEMENT DE L'ÉQUIPEMENT POUR LES ADULTES EST RÉDUITE À 1 AN EN CAS DE RENOUVELLEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE. LA JUSTIFICATION DE L'ÉVOLUTION DE LA VUE SE FONDE SOIT SUR LA PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MÉDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE, SOIT SUR LA PRÉSENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTÉES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ÊTRE COMPARÉE À CELLE DU DERNIER ÉQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT PAR L'INSTITUTION.

ACTES DE PRÉVENTION

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).
- Premier bilan du langage oral ou écrit, chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale,
 - audiométrie tonale avec tympanométrie,
 - audiométrie vocale dans le bruit,
 - audiométrie tonale et vocale,
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans.
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - coqueluche : avant 14 ans,
 - hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG : avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - haemophilus influenzae B, infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

GRILLE OPTIQUE**Adultes (âgés de 18 ans et plus)**

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	65 €
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	65 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	80 €
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	80 €

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	70 €
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	70 €
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	90 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	100 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	100 €
2290396 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	80 €
2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	80 €
2245384 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	100 €
2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	100 €
2227038 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	100 €
2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	100 €
2202239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	110 €
2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	110 €
Enfants (moins de 18 ans)				
Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	50 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	50 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	75 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	60 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	60 €

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	75 €
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	75 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	80 €
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	80 €
2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	80 €
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	90 €
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	90 €
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	100 €
2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	100 €
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	110 €
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	110 €

RÉSUMÉ DU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE « OPTION 2 »

Les prestations s'entendent **en complément du régime complémentaire** obligatoire (voir pages 4 et suivantes).

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné (à l'exception des frais de séjour en secteur non conventionné, et des actes et honoraires hospitaliers en secteur non conventionné, qui ne sont pas pris en charge).

Postes	Prestations AG2R Réunica Prévoyance ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	+ 200 % de la BR Pas de prise en charge
• Pour le secteur non conventionné	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 100 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	Pas de prise en charge
Chambre particulière	3 % du PMSS par jour (soit 99,33 € au 01/01/2018)
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans ⁽²⁾	3 % du PMSS par jour (soit 99,33 € au 01/01/2018)
Actes médicaux	
Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 120 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 70 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 70 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 25 % du PMSS (soit 827,75 € par année civile)
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	+ 43 % du PMSS par appareil (soit 1423,73 € au 01/01/2018) limité à 2 appareils par année civile
Orthopédie et autres prothèses	+ 100 % de la BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires : incisive, canines, prémolaires	+ 250 % de la BR ⁽³⁾
Prothèses dentaires : molaires,	+ 150 % de la BR ⁽³⁾
Inlay core et inlay à clavettes	+ 75 % de la BR
Orthodontie	+ 225 % de la BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	
Parodontologie ⁽⁴⁾	Crédit de 1500 € par année civile
Prothèses dentaires ⁽⁵⁾	Crédit de 10 % du PMSS par année civile (soit 331,10 € au 01/01/2018)
Implants dentaires ⁽⁶⁾	Crédit de 25 % du PMSS par année civile (soit 827,75 € au 01/01/2018)
Orthodontie	250 % de la BR
Optique : le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ⁽⁷⁾	
Monture adultes	+ 70 €
Monture enfants	+ 30 €

Postes

Prestations AG2R Réunica Prévoyance ⁽¹⁾

Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE

Verres (adultes/enfants)	pages 9 et 10
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ Crédit de 156 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris jetables	+ Crédit de 156 € par année civile

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	100 % de la BR

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁸⁾	25 € par acte, limité à 4 actes par année civile
---	---

D.P.T.M. = DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR :

• OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE.

• OPTAM CO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS

FR = FRAIS RÉELS.

BR = BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.

RSS = REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE.

PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SOIT 3311 € AU 1^{ER} JANVIER 2018 (VOUS POUVEZ RETROUVER LA VALEUR DU PMSS ÀL'ADRESSE INTERNET : WWW.AMELI.FR/EMPLOYEURS/VOS-DEMARCHES/CHIFFRES-UTILES/PLAFOND-DE-LA-SECURITE-SOCIALE.PHP).

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS PAR LES BÉNÉFICIAIRES.

(2) SUR PRÉSENTATION D'UN JUSTIFICATIF.

(3) À L'EXCLUSION D'ACTES RÉALISÉS DANS LE CADRE DE TRAITEMENT IMPLANTAIRE, PROTHÉTIQUE OU ENDODONTIQUE.

(4) DANS LA LIMITE DE 3 PROTHÈSES PAR ANNÉE CIVILE.

(5) ACTES PRIS EN CHARGE DANS CE POSTE : COURONNES DENTAIRES (HBLD038, HBLD036, À L'EXCLUSION DES COURONNES OU DENTS À TENON PRÉFABRIQUÉES, COURONNES OU DENTS À TENONS PROVISOIRES, COURONNES À RECOUVREMENT PARTIEL), PROTHÈSES SUPRA IMPLANTAIRES (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171), BRIDGES (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) AINSI QUE LES ACTES ANNEXES S'Y RAPPORTANT (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087) À L'EXCLUSION DES PROTHÈSES DENTAIRES SUR DENTS TEMPORAIRES, PROTHÈSES DENTAIRES OU DENTS À TENON PRÉFABRIQUÉES, PROTHÈSES DENTAIRES OU DENTS À TENONS PROVISOIRES, LES PILIERS DE BRIDGE À RECOUVREMENT PARTIEL.

(6) POSE D'UN IMPLANT À L'EXCLUSION DE TOUT ACTE ANNEXE (SCANNER, PILIER, COURONNE).

(7) POUR L'APPRÉCIATION DE LA PÉRIODE PERMETTANT UN RENOUVELLEMENT, LE POINT DE DÉPART EST FIXÉ À LA DATE D'ACQUISITION D'UN ÉQUIPEMENT OPTIQUE (OU DU PREMIER ÉLÉMENT DE L'ÉQUIPEMENT DANS L'HYPOTHÈSE D'UN REMBOURSEMENT DEMANDÉ EN DEUX TEMPS). LA PÉRIODE DE RENOUVELLEMENT DE L'ÉQUIPEMENT POUR LES ADULTES EST RÉDUITE À 1 AN EN CAS DE RENOUVELLEMENT JUSTIFIÉ PAR UNE ÉVOLUTION DE LA VUE. LA JUSTIFICATION DE L'ÉVOLUTION DE LA VUE SE FONDE SOIT SUR LA PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MÉDICALE PORTANT UNE CORRECTION DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE, SOIT SUR LA PRÉSENTATION DE LA PRESCRIPTION INITIALE COMPORTANT LES MENTIONS PORTÉES PAR L'OPTICIEN. LA NOUVELLE CORRECTION DOIT ÊTRE COMPARÉE À CELLE DU DERNIER ÉQUIPEMENT AYANT FAIT L'OBJET D'UN REMBOURSEMENT PAR L'INSTITUTION.

(8) SI INTERVENTION DE PRATICIEN INSCRIT AUPRÈS D'UNE ASSOCIATION AGRÉÉE.

GRILLE OPTIQUE OPTION 2

Les montants de remboursements de la grille optique OPTION 2 viennent en complément de la grille optique du régime complémentaire obligatoire.

Adultes (âgés de 18 ans et plus)

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	25 €
2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	25 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	35 €
2282793 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	35 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	35 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	35 €
2235776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	50 €
2295896 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	50 €
2259966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	30 €
2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	30 €

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	40 €
2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	40 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	50 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	50 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	60 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	60 €
2290396 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	100 €
2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	100 €
2245384 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	100 €
2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	100 €
2227038 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	110 €
2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	110 €
2202239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	120 €
2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	120 €
Enfants (moins de 18 ans)				
Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	10 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	10 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	5 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	5 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	5 €
2291088 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	5 €
2273854 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	25 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	25 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	10 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	10 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	15 €
2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	15 €

Code LPP	Unifocaux / Multifocaux	Avec / Sans cylindre	Sphère	Remboursement par verre
2238941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	35 €
2268385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	35 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	50 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	50 €
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	40 €
2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	40 €
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	50 €
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	50 €
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	50 €
2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	50 €
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	60 €
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	60 €

EXEMPLES

Législation en vigueur en janvier 2018.

Les exemples ci-après s'entendent **y compris le régime complémentaire obligatoire**.

Nature des frais	Frais réels	Base de remboursement	Remboursements		Reste à votre charge
			Sécurité sociale	AG2R Réunica Prévoyance ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾					
Base + Option 2	50 €	30 €	20,00 € ⁽³⁾	29,00 €	1,00 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale ⁽⁴⁾					
Base + Option 2	550 €	107,50 €	75,25 €	408,50 €	66,25 €
Optique adulte Monture					
Base + Option 2	150 €	2,84 €	1,70 €	148,30 €	0,00 €
Verres (la paire)					
Base + Option 2	470 €	14,64 € ⁽⁵⁾	8,78 €	360,00 €	101,22 €

(1) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS RESTANT À CHARGE.

(2) DANS LE CADRE DU PARCOURS COORDONNÉ, CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE ADHÉRENT À UN D.P.T.M. (DÉPASSEMENT MAÎTRISÉ), POUR AVIS PONCTUEL, SUR AVIS DU MÉDECIN TRAITANT.

(3) CET EXEMPLE TIEN COMPTE DE LA CONTRIBUTION FORFAITAIRE DE 1 € LAISSÉE À VOTRE CHARGE (ARTICLE L. 160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE).

(4) PROTHÈSE DENTAIRE SUR INCISIVE OU CANINE OU PRÉMOLAIRE.

(5) EXEMPLE POUR UN VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, DE SPHÈRE DE - 4,00 À + 4,00.

LEXIQUE

- **Frais réels (FR)** : total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.
- **Base de remboursement (BR)** : tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.

- **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (D.P.T.M.)** : dispositif mis en place par convention entre l'Assurance maladie et certains praticiens, ayant pour objectif un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. Au 1^{er} janvier 2017, ces praticiens peuvent adhérer à un des D.P.T.M. suivants :
 - **OPTAM** : option pratique tarifaire maîtrisée,
 - **OPTAM-CO** : option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens.
- **Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune des actes médicaux (CCAM)** : liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.
- **Ticket modérateur (TM)** : différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Accorder une prestation complémentaire aux régimes de base de Sécurité sociale en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation**, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Pour procéder à votre affiliation, complétez la partie « adhésion obligatoire » du bulletin d'affiliation santé, puis remettez-le à votre employeur, accompagné des pièces justificatives (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire...).

Attention : en cas de modification de votre situation (changement d'adresse, de coordonnées bancaires...), informez-en votre centre de gestion.

QUELS SONT LES 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 de la garantie.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE ?

- À la date d'effet du contrat d'adhésion si vous êtes présent à l'effectif ;
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

QUAND CESSE-T-ELLE ?

- Au dernier jour du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail) ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

La garantie peut être suspendue en cas de non paiement des cotisations. Tout paiement versé indûment après la date de cessation de la garantie devra être remboursé sans délai par vos soins.

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE : le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de AG2R Réunica Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation à la garantie à titre individuel et de son propre fait.

COTISATIONS

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié. Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

VOTRE RÉGIME FACULTATIF POUR VOS AYANTS DROIT

Le régime facultatif n'est applicable que si vous y avez souscrit pour vos ayants droit, et moyennant le paiement des cotisations correspondantes à votre charge.

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Faire bénéficier votre famille des prestations de vos régimes complémentaire et surcomplémentaire « option 2 » obligatoires, détaillés aux résumés des garanties pages 4 et suivantes de la présente notice, dans la limite des frais réellement engagés.

Pour en bénéficier, complétez la partie « adhésion facultative – ayants droit » du bulletin d'affiliation santé.

Attention : en cas de modification de la situation de vos ayants droit (changement d'adresse, de coordonnées bancaires...), informez-en votre centre de gestion.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE RÉGIME ?

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION « PAR ADULTE »

- Votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité.

SOUS RÉSERVE DU PAIEMENT D'UNE COTISATION « PAR ENFANT »

- Les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension ;
- les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - vos enfants, ceux de votre conjoint ou concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - vos enfants auxquels vous servez une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur votre avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) 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 vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

ATTENTION : La cotisation du 3^e enfant et plus est gratuite. À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

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

QUELS SONT LES ACTES ET FRAIS GARANTIS ?

Sont pris en charge au titre du régime facultatif, tous les actes et frais mentionnés aux résumés des garanties régimes complémentaire et surcomplémentaire « option 2 » obligatoires pages 4 et suivantes de la présente notice, courant sur la période de garantie.

QUAND DÉBUTE LA GARANTIE POUR VOS AYANTS DROIT ?

- À la même date que vous-même si le choix est fait dans les 2 mois suivant votre affiliation au régime de complémentaire obligatoire ;
- à défaut, le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la réception de la demande de couverture de vos ayants droit ;
- ou le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la demande formulée auprès de l'Institution, en cas de 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 1^{er} janvier qui suit la date de la demande.

Dans tous les cas, la garantie s'applique sans délai d'attente.

QUAND CESSE-T-ELLE ?

- Lorsque vous ne bénéficiez plus des régimes complémentaire et surcomplémentaire obligatoires ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à l'expiration du mois au cours duquel vos ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- en cas de résiliation de votre part.

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvellent à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif CMU pour sa partie complémentaire.

La garantie peut être suspendue en cas de non-paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation de la garantie devra être remboursé sans délai par vos soins.

COTISATIONS

Les cotisations du régime facultatif de vos ayants droit sont exclusivement à votre charge, et sont prélevées mensuellement et à terme échu sur votre compte bancaire.

En cas de non-paiement dans le délai de dix jours suivant la date de votre échéance, l'Institution vous adresse une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'Institution vous informe de la cessation automatique de la garantie.

DISPOSITIONS COMMUNES

MAINTIEN DE LA GARANTIE

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

La garantie est maintenue, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

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

EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS

Les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'établissement en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties sont donc maintenues lorsque la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien de garantie s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision de la garantie des salariés en activité, la garantie des anciens salariés bénéficiant du maintien de garantie est modifiée ou révisée dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien de garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du salarié 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 12 mois.

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 de la garantie qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien de la garantie au titre du dispositif de portabilité cesse :

- lorsque l'ancien salarié reprend un autre emploi, ou
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou
- en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'établissement.

Le maintien de garantie au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'établissement et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien de la garantie dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit informer l'organisme assureur 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 salarié, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné :

- de la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- d'une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi ;
- et des cartes santé en cours de validité.

À défaut de réception de ces pièces permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien de la garantie sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'ancien salarié et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

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

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien de la garantie.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi ;
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur 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.

Paiement des prestations

L'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA LOI ÉVIN

La garantie est maintenue aux anciens salariés, ainsi qu'à leurs bénéficiaires, moyennant paiement des cotisations et sans limitation de durée, en cas de rupture du contrat de travail entraînant le versement d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, d'une allocation de préretraite, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

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

Cotisations

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

En cas de non-paiement des cotisations, la garantie pourra être suspendue puis résiliée.

Cessation du maintien de la garantie

Le maintien est assuré jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'ancien salarié perçoit une rente, une allocation ou un revenu de remplacement, tels que définis ci-dessus.

MAINTIEN DE LA GARANTIE AU PROFIT DES AYANTS DROIT DU SALARIÉ DÉCÉDÉ

Les ayants droit du salarié décédé peuvent bénéficier du maintien de la garantie du régime complémentaire obligatoire à titre gratuit, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de 6 mois maximum à compter du décès.

EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Vous avez la possibilité, ainsi que vos bénéficiaires, d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent vous être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité.

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

EXCLUSIONS

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 de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale ;**
- **déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;**
- **engagés hors de France (si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'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 : 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.

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.

PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

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

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

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 salarié 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 salarié, 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 salarié, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'institution à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'établissement adhérente.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R LA MONDIALE - Direction de la Qualité - 104/110 boulevard Haussmann - 75379 Paris Cedex 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul - 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP 10 rue Cambacérès - 75008 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les données à caractère personnel traitées par votre Organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Ces données seront conservées pour la durée de votre contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE - À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés – 104/110 bd Haussmann - 75379 PARIS Cedex 08, ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

En application de l'article 40-1 de la même loi, nous vous informons que vous disposez du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'institution est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

MODALITÉS DE GESTION

COMMENT VOUS AFFILIER ?

Vous remplissez le **bulletin d'affiliation** et vous y joignez :

- la photocopie de votre **attestation de droits** Sécurité sociale et de **celles de vos bénéficiaires** assurés à titre personnel ;
- un **relevé d'identité bancaire** pour le virement direct des prestations sur votre compte.

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

- en cas de concubinage et si votre concubin n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, 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, quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun, ...) ;
- pour les partenaires liés par un PACS, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le Greffe du tribunal d'instance.

ATTENTION : tous les bénéficiaires affiliés à la présente garantie doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement, de signaler à votre centre de gestion tout changement de situation familiale.

COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

TÉLÉTRANSMISSION

Grâce à un accord d'échange de données informatiques (procédure « NOEMIE »), les caisses d'assurance maladie obligatoire transmettent directement à l'Institution l'ensemble des informations concernant vos remboursements ; si un message figure sur votre décompte Sécurité sociale, vous obtenez l'ensemble de vos remboursements **en adressant votre dossier à l'assurance maladie obligatoire uniquement**.

Si cette procédure n'est pas encore en service, ou si un ayant droit ne peut bénéficier du système « NOEMIE », vous devez adresser au centre de gestion l'original du décompte Sécurité sociale afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

Sous réserve de leur affiliation, cette procédure ne fonctionne pas pour :

- les conjoints bénéficiaires de ce système à titre personnel (complémentaire santé d'entreprise ou personnelle, ...) ;
- les bénéficiaires couverts par certains régimes de base spécifiques.

Si votre conjoint (ou concubin ou partenaire pacsé) possède déjà une complémentaire santé professionnelle obligatoire (souscrite par son employeur auprès d'un autre organisme assureur), il doit demander le remboursement de ses soins de santé en premier lieu auprès de cet organisme. Dans ce cas, le remboursement complémentaire au titre des présentes garanties ne peut être automatisé selon la norme NOEMIE. Cette mesure ne supprime en rien ses droits au remboursement. En effet, s'il reste des frais à la charge de votre conjoint, l'Institution remboursera en complément de sa première complémentaire santé, dans la limite des garanties définies dans la présente notice et sur présentation de l'original du décompte de ladite complémentaire santé.

ATTENTION : si vous avez engagé des dépenses pour frais d'optique, prothèses dentaires, appareillages ou autres prothèses, frais ayant entraîné des dépassements d'honoraires, vérifiez que le montant des frais réels indiqué sur votre décompte Sécurité sociale correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, faites parvenir au centre de gestion la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte Sécurité sociale.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire.

L'Institution adresse à votre domicile un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en consultant notre site Internet : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion

DEMANDE DE JUSTIFICATIFS

À défaut de télétransmission par les organismes de base, il convient d'adresser au centre de gestion :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale.

Cependant, à tout moment, l'Institution peut vous réclamer la production des justificatifs suivants :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant, les devis ;
- pour les vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ;

- pour l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropractie, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée ;
 - pour la chirurgie réfractive, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée.
- Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur les factures détaillées des établissements hospitaliers ou des cliniques seront pris en compte pour les remboursements.

En l'absence de télétransmission par l'assurance maladie obligatoire en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, vous devez transmettre à l'Institution une facture détaillée établie par votre médecin, accompagnée du décompte original de votre organisme d'assurance maladie obligatoire ; à défaut de facture, l'indemnisation se fera sur la base des garanties prévues pour les actes conventionnés.

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

Il pourra vous être demandé de fournir tous devis ou factures relatifs, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Ces devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. Le gestionnaire peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale ou demander tout élément complémentaire à l'étude. Dans ce cas, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive du gestionnaire.

TIERS PAYANT

Chaque salarié complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis 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 mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le régime.

Pour bénéficier du tiers payant, vous présentez :

- l'attestation de droits Sécurité sociale ;
- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

La carte de tiers payant reste la propriété de l'Institution. En cas de départ de l'établissement (démission, licenciement, retraite,...) ou de résiliation du contrat, vous devez restituer la carte de tiers payant en cours de validité dans un délai de 15 jours suivant votre départ ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

Vous pouvez géolocaliser les professionnels de santé pratiquant le tiers payant avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante

CARTE DE TIERS PAYANT : pour savoir si le professionnel de santé pratique le tiers payant, n'hésitez pas à l'interroger en lui présentant votre carte de tiers payant ; votre carte vous évite l'avance de frais. Attention : lorsque vous bénéficiez du tiers payant pharmaceutique « Sécurité sociale » et que vous ne présentez pas votre carte de tiers payant, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien. Dans ce cas, votre pharmacien doit vous remettre une facture acquittée.

ACCORDS DE PRISE EN CHARGE

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous devez être hospitalisé en établissement **conventionné** (uniquement), le centre de gestion vous délivrera un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier, sur la base des garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

Votre demande de prise en charge doit être effectuée au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée dans l'établissement conventionné.

PLUSIEURS POSSIBILITÉS vous sont offertes :

- sur PLACE : en présentant votre carte de tiers payant pour que l'établissement hospitalier conventionné effectue cette démarche pour vous ;
- ou par TÉLÉPHONE au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

EN MATIÈRE D'OPTIQUE

Votre opticien envoie un devis détaillé au centre de gestion. En retour, il reçoit une prise en charge mentionnant le montant de l'intervention de l'Institution.

Vous pouvez connaître les opticiens agréés :

- en vous connectant à votre 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).

Vous pouvez, notamment, reconnaître les opticiens partenaires à l'autocollant présent sur leur vitrine.

RÉSEAU ITELIS : vous pouvez 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/
Vous pouvez également 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 laissés à votre charge, il est **préférable** de faire établir un devis par votre chirurgien-dentiste. Ce dernier l'envoie à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant. En retour, il reçoit un courrier mentionnant le montant de l'intervention de l'Institution sur chaque acte dentaire.

Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

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 CMU-C. 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, vous pouvez 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 votre médecin traitant de son diagnostic.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Il s'agit d'un circuit que vous devez suivre afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace entre vous-même, votre 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 la Sécurité sociale 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 la Sécurité sociale est basé sur le tarif d'autorité.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (D.P.T.M.)

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).

Rendez-vous sur « annuaire.sante.ameli.fr » pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO.

PARTICIPATION FORFAITAIRE / FRANCHISE

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par votre complémentaire santé.

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 le régime général de la Sécurité sociale).

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires :

- pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé.

MES SERVICES

DÉCOUVREZ NOTRE APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ »

L'application mobile « Ma Santé » a été conçue pour vous aider à bénéficier du tiers payant.

- Localisez les pharmaciens, médecins, dentistes, opticiens et autres professionnels de santé qui acceptent votre carte de tiers payant autour de vous.
- Affichez votre carte de mutuelle sur votre téléphone mobile.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante/

L'APPLICATION MOBILE « MA SANTÉ » EN DÉTAIL

Comment fonctionne l'application mobile « Ma Santé » ?

- Saisissez votre identifiant (même identifiant que votre espace client) pour accéder aux fonctionnalités de l'application.
- Géolocalisez-vous ou renseignez l'adresse de votre choix. Vous aurez ensuite accès aux professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, dentistes, opticiens...) conventionnés auprès de votre réseau de tiers payant, les plus proches de vous ou de l'adresse renseignée.
- Affichez ensuite votre carte de tiers payant dématérialisée. Grâce à l'application « Ma Santé », votre carte est toujours à jour, et à portée de main ! C'est l'assurance de bénéficier du tiers payant, même en cas d'oubli de votre carte papier !

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

LES AUTRES SERVICES SANTÉ

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- **Demander en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol)** : en cas de perte de votre carte de tiers payant, ou si vous souhaitez obtenir un duplicata de votre carte pour un membre de votre famille, vous pouvez effectuer une demande de réédition de votre carte depuis votre espace client AG2R LA MONDIALE. Un service simple, gratuit et rapide !
- **Localiser un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant près de chez vous** : avec notre Groupe, vous bénéficiez d'avantages négociés auprès de nos opticiens et de nos audioprothésistes partenaires. Choisir AG2R LA MONDIALE, c'est choisir un groupe qui vous propose une gamme complète de services pour votre santé à des prix adaptés à votre budget.
- **Recevoir une alerte remboursement santé par e-mail** : avec le service de suivi des remboursements santé, recevez une alerte par e-mail lorsqu'un remboursement est effectué sur votre compte bancaire. Un service gratuit, disponible 7j/7, 24h/24.

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/

LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

La foire aux questions propose des réponses qualifiées aux demandes les plus fréquentes que vous pouvez formuler sur un thème donné. Vous pouvez ainsi trouver directement sur votre téléphone mobile la réponse que vous cherchiez sans devoir contacter votre service client.

LES NUMÉROS DE SERVICE CLIENT

Les numéros de téléphone de l'ensemble des services de relation client sont préprogrammés et disponible dans l'application. Vous n'avez plus à chercher ces numéros dans vos dossiers.

LA DISPONIBILITÉ DU SERVICE CLIENT

L'application mentionne pour chaque numéro de téléphone les plages horaires d'ouverture des services. Elle mentionne également à titre indicatif les meilleures périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps.

Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

NOUVEAUTÉ : FAITES-VOUS RAPPELER !

Ne perdez plus de temps, soyez rappelé au numéro de votre choix dès qu'un conseiller est disponible.

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

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

Tél. 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)