



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Convention Collective Nationale
de l'Habitat et du Logement
Accompagnés

Guide du salarié



Tout savoir
sur mon
contrat santé



Bienvenue chez AG2R LA MONDIALE !

Les organisations patronales et salariales représentatives de votre branche professionnelle ont négocié, pour vous, un contrat frais de santé. Celui-ci vous propose, entre autres, des garanties optique, dentaire et hospitalisation de qualité en totale conformité avec les obligations de votre convention collective. Ce contrat est souscrit à titre collectif par votre employeur. Il vous donne accès à de nombreux services, à des aides personnalisées dans le cadre de notre accompagnement social et des dispositifs de solidarité prévus par votre branche professionnelle.

En résumé, toujours plus de protection pour être à vos côtés !

Les partenaires sociaux :



Sommaire

1.	Modalités	6
2.	Garanties	16
3.	Services	24
4.	Solidarité	30
5.	Action sociale AG2R LA MONDIALE	33
6.	Contacts	36



1. Modalités

Quels sont les avantages de ma complémentaire santé ?

Grâce au contrat négocié par les partenaires sociaux de votre profession, vous êtes couvert tout au long de votre activité professionnelle(*) au sein de votre entreprise pour vos remboursements complémentaires en matière de frais de soins de santé.

(*) y compris pendant les périodes de maintien de garanties

Performance

Vos garanties intègrent les prestations versées par la Sécurité sociale et s'articulent autour :

- d'un contrat de base à adhésion obligatoire
- d'un contrat surcomplémentaire avec 2 options à adhésion facultative pour renforcer le niveau de vos garanties

Adaptabilité

La structure de cotisation, prévue par votre branche professionnelle, vous permet de faire bénéficier votre famille de l'ensemble de vos garanties.

Simplicité

- Vous bénéficiez automatiquement du tiers payant pour limiter l'avance de frais auprès de certains professionnels de santé
- Les remboursements complémentaires et surcomplémentaires se font en une seule fois
- La cotisation mensuelle est prélevée directement sur votre bulletin de salaire, et votre employeur prendra à sa charge au minimum 50 % de celle-ci



Je peux améliorer les garanties de ma complémentaire santé obligatoire

Vous souhaitez améliorer votre niveau de garanties ?

Vous pouvez opter pour l'une des 2 options proposées par le contrat « surcomplémentaire » à adhésion facultative que votre employeur vous propose.

Pour ce faire, il vous suffit d'indiquer votre choix sur le bulletin d'affiliation dans les 3 mois qui suivent :

- La date d'effet du contrat,
- Votre entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation du contrat obligatoire),
- Votre changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage ou naissance...),
- À défaut, elle prend effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande. Ce changement intervient au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'organisme assureur.

En dehors des cas ci-dessus, vous pouvez modifier votre choix tous les deux ans. La demande de modification doit parvenir à l'organisme assureur avant le 31 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Cette surcomplémentaire à adhésion facultative couvrira automatiquement l'ensemble des bénéficiaires de votre contrat santé à adhésion obligatoire.

À noter

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription vous pouvez renoncer à votre surcomplémentaire facultative, sous réserve d'en faire la demande (ex par lettre ou tout autre support durable...).

Cette résiliation prend effet un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification.

La renonciation ou la dénonciation sera alors définitive.

Qui peut bénéficier de ma complémentaire santé ?

Je consulte ma notice d'information

Toutes les personnes pouvant bénéficier de votre couverture santé sont indiquées dans la rubrique « Lexique », « Ayants – droit » de votre notice d'information.

Pour être accompagné(e) dans vos démarches, n'hésitez pas à contacter votre employeur ou votre service ressources humaines et à consulter votre notice d'information.

L'affiliation de vos bénéficiaires peut être demandée :

- au moment de votre affiliation
- à tout moment, en cas de changement de situation familiale (mariage, naissance, divorce...) ou professionnelle

À noter

Si vous avez des enfants de plus de 21 ans, pensez à nous adresser avant le 31 octobre de chaque année, les éléments justifiant de leur situation pour qu'ils puissent continuer à bénéficier de votre couverture santé.

Cette démarche peut s'effectuer en ligne via votre Espace Client particulier, ou par courrier à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.



Comment m'affilier à ma complémentaire santé ?

Selon l'option choisie par votre employeur, 2 modes d'affiliation s'offre à vous :

L'affiliation « papier »

Pour vous affilier à votre contrat, rien de plus simple !

Il vous suffit de transmettre à votre employeur :

- le bulletin d'affiliation dûment complété, daté et signé
- les justificatifs nécessaires mentionnés au dos de votre bulletin d'affiliation pour vous et l'ensemble des bénéficiaires que vous souhaitez affilier
- la photocopie de votre « attestation de droits à l'Assurance Maladie » téléchargeable depuis le site www.ameli.fr ou à demander auprès de votre centre de Sécurité sociale

L'affiliation « en ligne »

Dans ce mode d'affiliation votre employeur commence les démarches et vous les terminez !

- L'entreprise déclare ses nouveaux salariés, en quelques clics (par fichier Excel pour les affiliations multiples).
- Le salarié a son propre espace d'affiliation pour y indiquer ses informations personnelles et finaliser son affiliation. Une fois validée, la réalisation de la carte de tiers payant commence !

À noter

Votre affiliation déclenche automatiquement la mise en place de la télétransmission NOEMIE avec votre Centre de Sécurité sociale.

Un dispositif qui vous permet d'être remboursé automatiquement sans démarche de votre part.

Dans l'éventualité où la mention « transmis à votre assureur » ne figurerait pas sur vos décomptes Sécurité sociale, contactez-nous du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 : 0969 32 2000

Les étapes clés de l'affiliation en ligne pour les contrats santé pour le salarié

1. Vous recevez un email

pour vous inviter à activer votre compte Espace client en cliquant sur un lien



2. Vous complétez vos informations personnelles

Vous vérifiez ou modifiez les informations préremplies.



3. Vous validez vos informations

Vous signez votre contrat (électroniquement) en cas d'option et téléchargez la documentation.

C'est fini ! Votre carte de tiers payant sera disponible dans votre Espace client dans les prochains jours



4. Vous téléchargez l'application « Côté santé »

Une fois ces démarches effectuées, à vous la découverte de l'application et de tous les services qui vous sont réservés !

Coup de pouce

Votre employeur doit vous aider dans vos choix d'option en vous fournissant les tarifs et garanties.



Quels sont les actes de prévention pour lesquels ma complémentaire santé rembourse la totalité du ticket modérateur ?

Vaccinations

- diphtérie, tétanos et poliomyélite ;
- coqueluche et hépatite B : pour les enfants de moins de 14 ans ;
- BCG : pour les enfants de moins de 6 ans ;
- rubéole : adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B (principale cause de méningite chez l'enfant) : pour les enfants de moins de 5 ans ;
- contre les infections à pneumocoques : pour les bébés âgés de moins de 18 mois ;
- contre la rougeole, les oreillons et le méningocoque de sérogroupe C pour les enfants.

Dépistage

- de l'hépatite B ;
- des troubles de l'audition par audiométrie chez les personnes âgées de plus de 50 ans (tous les 5 ans).

Dentaire

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum ;
- scellement des sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans.

Bilan du langage

oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

Densitométrie osseuse

remboursée par la Sécurité sociale.

Comment être remboursé(e) au mieux ?

Pour être remboursé(e) au mieux, c'est simple :

1 – Pensez à déclarer votre médecin traitant

Cette déclaration de choix du médecin traitant peut s'effectuer en ligne lors de la consultation si le médecin vous le propose et avec votre accord.

C'est simple et rapide : votre déclaration de choix de médecin traitant est enregistrée immédiatement par votre caisse d'Assurance Maladie (CPAM).

Vous pouvez également télécharger le formulaire puis l'adresser par courrier à votre CPAM.

2 – Respectez le parcours de soins Passez toujours en première intention par votre médecin traitant (sauf exceptions ci-dessous)

Faute de quoi la Sécurité sociale appliquera une pénalité sur vos remboursements que nous ne pourrions pas prendre en charge.

Cas dans lesquels le parcours de soins est respecté sans consulter votre médecin traitant :

- Pour vos enfants de moins de 16 ans,
- Pour les services d'urgence,
- Pour les consultations de certains spécialistes comme : les ophtalmologues, les chirurgiens-dentistes, les gynécologues,
- En cas d'indisponibilité ou d'éloignement de votre lieu de résidence habituel,
- Pour les accidents de travail ou les maladies professionnelles.



Comment éviter l'avance de frais ?

Grâce à votre carte de tiers payant, vous évitez l'avance de frais auprès de nombreux professionnels de santé !

Bon à savoir

Votre carte de tiers payant est disponible en version dématérialisée dans votre espace client particulier ! Vous pouvez aussi choisir de la télécharger et l'imprimer.

Comment faire pour en bénéficier ?

Il vous suffit de la présenter en même temps que votre carte vitale à votre pharmacien, votre opticien, votre chirurgien-dentiste, votre centre hospitalier...

Ainsi, vous n'avancerez pas les frais pris en charge par la Sécurité sociale, ni ceux pris en charge par votre complémentaire santé

Comment faire si je ne peux m'en servir ?

Si votre professionnel de santé refuse de pratiquer le tiers payant ou applique un dépassement d'honoraires, vous devrez avancer les frais et nous adresser l'original de votre facture ou de votre reçu :

- en ligne : via votre Espace client particulier
- par courrier : à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant

Dans ce cas, vos demandes de remboursements doivent nous être adressées au plus tard dans les 2 ans qui suivent la date des soins

À noter

Si vous déménagez, votre carte reste valide !

N'oubliez pas toutefois de nous communiquer votre nouvelle adresse ainsi que votre attestation de droits (en cas de changement de caisse d'Assurance Maladie)

Pensez également à nous signaler tout changement de coordonnées bancaires ou situation de famille en ligne depuis votre Espace client particulier ou en appelant le numéro suivant du lundi au vendredi

0 969 322 000

Service gratuit + prix appel

Votre carte de tiers-payant

Des cartes personnelles

Chaque personne majeure couverte par votre contrat a sa propre carte de tiers payant. Les enfants à charge figurent quant à eux sur la carte d'un de leurs parents selon leur numéro de Sécurité sociale.

Comment lire votre carte de tiers payant

Nom et prénom des assurés

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (à rappeler lors de toute correspondance avec votre mutuelle)

Période de validité

BENEFICIAIRE	N° de Sécurité sociale	Date de naissance	COUVERTURES										
			GEN	MAJ	RAU*	AUX	IND	TRA	DE*	SIEGNT	HOSP	PROD	
MARTIN OLIVIER	1651031390112	14/10/1965	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	
MARTIN ODILE	1690431460105	14/10/1965	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	
MARTIN PAUL HENRI	1950031460620	25/09/1995	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	
MARTIN MARIE PAULINE	1980231460705	13/02/1998	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	

Date de naissance des assurés. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte Vitale. Si ce n'est pas le cas, adressez-nous une photocopie de l'attestation de votre carte Vitale.

Prestations ouvertes au tiers payant

À savoir

Les taux indiqués ne remettent pas en cause les garanties supérieures éventuellement souscrites mais concernent les modalités de tiers payant.

2. Garanties

Comment bénéficier de vos garanties ?



**J'ai un problème de vue,
comment maîtriser mes dépenses ?**

1. Je me connecte sur mon Espace Client

1 : Rendez-vous sur ag2rlamondiale.fr ou téléchargez gratuitement l'appli « Côté santé »

2 : Entrez votre **identifiant** ou **adresse mail** puis votre mot de passe.

3. Je m'informe sur le coût des soins

Je transmets sur l'application (fichier, image ou photo) le devis de l'opticien et obtiens rapidement le montant éventuel à ma charge.

Je compare mon devis à une offre « **100 % santé** » pour faire un choix éclairé.

5. Je suis mes remboursements

J'analyse mes dépenses et je reçois une notification à chaque nouveau remboursement.

2. Je choisis mon opticien

avec les **opticiens partenaires du réseau Itélis**, je bénéficie d'équipements de qualité au meilleur coût.

4. J'évite l'avance de frais

Avec ma carte de tiers payant, acceptée par tous les **opticiens partenaires Itélis**, j'évite l'avance de frais et je simplifie mes démarches.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

Focus sur l'offre « 100 % Santé Optique »

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de lunettes sans reste à charge.

Concrètement, qu'est-ce qui change pour les lunettes ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous vous rendez chez votre opticien, vous pouvez choisir parmi 2 types d'équipements différents :

1 - Des équipements de votre choix remboursés à hauteur de votre contrat, avec des remboursements sur les montures désormais plafonnés à 100 €, un nouveau plafond imposé par la réglementation.

2 - Un équipement « 100 % santé », monture limitée à 30 euros et verres prédéfinis, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé.

Avec la possibilité de les combiner en optant pour une monture de votre choix et des verres « 100 % santé » ou inversement.

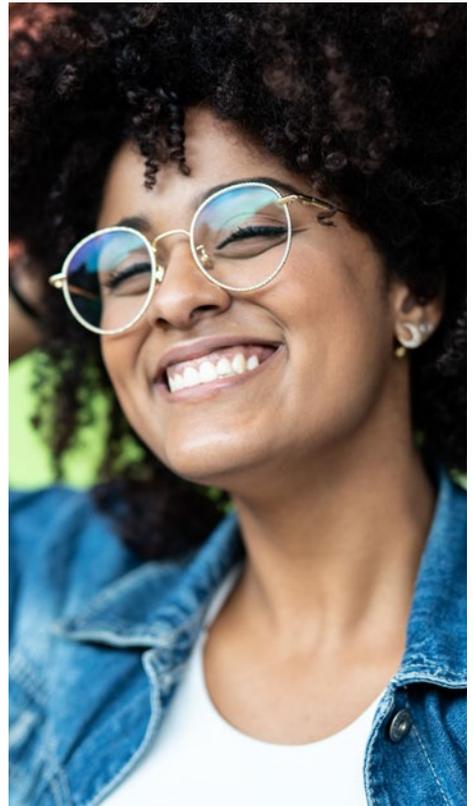
À noter

Vous pouvez désormais renouveler votre équipement (monture + verres), à partir de la date de votre dernier achat :

- tous les 2 ans pour les 16 ans et plus (hors situation médicale particulière),
- tous les ans pour les moins de 16 ans.

Équipements « 100 % santé » optique

- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien doit proposer au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100 % santé » en deux coloris différents.
- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels.
- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.





J'ai un problème dentaire, comment bien me soigner ?

1. Je me connecte sur mon Espace Client

1 : Rendez-vous sur ag2rlamondiale.fr ou téléchargez gratuitement l'appli « Côté santé »

2 : Entrez votre **identifiant** ou **adresse mail** puis votre mot de passe.

3. J'évite l'avance de frais

Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les **chirurgiens-dentistes partenaires Itélis**, j'évite l'avance de frais et je simplifie mes démarches.

2. Je m'informe sur le coût des soins

Je transmets sur l'application (fichier, image ou photo) le devis du dentiste et obtiens rapidement le montant éventuel à ma charge

Je compare mon devis à une offre « **100 % santé** » pour faire un choix éclairé.

4. Je suis mes remboursements

J'analyse mes dépenses et je reçois une notification à chaque nouveau remboursement.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

Focus sur l'offre « 100 % Santé Dentaire »

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de prothèses dentaires sans reste à charge.

Qu'est-ce qui change pour les prothèses dentaires ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous vous rendez chez votre chirurgien-dentiste vous pouvez bénéficier de 2 types de soins prothétiques dentaires différents :

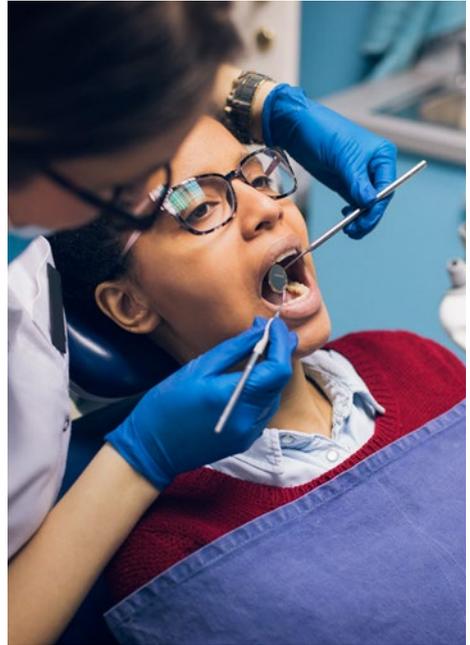
1 - Des prothèses dentaires remboursées à hauteur de votre contrat avec un éventuel reste à charge.

2 - Des prothèses dentaires « 100 % santé » prédéfinies, intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé, ou à « tarifs maîtrisés » (avec des honoraires plafonnés) remboursés à hauteur de votre contrat.

Quels sont les équipements concernés ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, une sélection de couronnes, inlays core et bridges est proposée dans des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible).

Depuis le 1^{er} janvier 2021, ce sont les prothèses amovibles en résine qui viennent compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».



Équipements « 100 % santé » dentaire

Depuis le 1^{er} janvier 2020 :

- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircone (incisives, canines et prémolaires), couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1^{res} prémolaires).
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridge métallique et bridge céramo-métallique.

Au 1^{er} janvier 2021 :

- Dentier en résine.



J'ai un problème audio, comment bien m'équiper ?

1. Depuis mon Espace Client, je trouve mon professionnel de santé

Audioprothésistes partenaires du réseau Itélis pour bénéficier de prestations de qualité au meilleur coût.

3. J'évite l'avance de frais

Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les **audioprothésistes partenaires Itélis**, j'évite l'avance de frais et je simplifie mes démarches.

2. Je m'informe sur le coût des soins

Je transmets sur l'application (fichier, image ou photo) le devis du audioprothésistes et obtiens rapidement le montant éventuel à ma charge.

Je compare mon devis à une offre « **100 % santé** » pour faire un choix éclairé.

4. Je suis mes remboursements

J'analyse mes dépenses et je reçois une notification à chaque nouveau remboursement.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

Focus sur l'offre « 100 % Santé Audio »

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de d'aides auditives sans reste à charge.

Qu'est-ce qui change pour les aides auditives ?

Depuis le 1^{er} janvier 2021, lorsque vous vous rendez chez votre audioprothésiste, vous pouvez choisir parmi 2 types d'équipements différents :

1 - Des équipements de votre choix remboursés à hauteur de votre contrat. Jusque-là rien ne change si ce n'est que les remboursements sur les appareils seront désormais limités à 1 700 € par oreille, un nouveau plafond imposé par la réglementation.

2 - Un équipement « 100 % santé » prédéfini, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé.

Quels sont les soins concernés ?

- Tous les types d'appareils sont concernés : Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.
- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB.
- 4 ans de garantie.
- 30 jours d'essai avant achat.
- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

À noter

Le renouvellement des prothèses auditives est désormais possible tous les 4 ans, à partir de la date de votre dernier achat.





J'ai besoin d'une consultation, comment trouver le bon professionnel ?

1. Depuis mon Espace Client, je trouve mon professionnel de santé

Partenaire du réseau **Itélis**.

Praticien en médecine douce
Infirmière, kinésithérapeute...

2. J'évite l'avance de frais

Avec ma carte de tiers payant, j'évite l'avance de frais chez certains professionnels de santé et je simplifie mes démarches.

3. Je suis mes remboursements

J'analyse mes dépenses et je reçois une notification à chaque nouveau remboursement.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

Savez-vous qu'au-delà de l'entreprise, vos garanties santé peuvent être conservées ?

En cas de rupture du contrat de travail (portabilité)

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 (ANI) et si vous êtes indemnisé par l'Assurance chômage, vous pouvez bénéficier gratuitement du maintien* de votre couverture collective frais de santé selon la durée de votre contrat de travail (au minimum 1 mois et dans la limite de 12 mois

En cas de départ à la retraite, ou de démission

AG2R LA MONDIALE propose des couvertures, avec des conditions particulièrement avantageuses afin d'assurer la continuité de votre protection sociale et de répondre à vos besoins.

Parlez-en à votre employeur ou à votre service Ressources Humaines

En cas de décès : pour vos ayants droit

Vos ayants droit affiliés à votre complémentaire santé d'entreprise peuvent continuer à en bénéficier gratuitement pendant les 12 mois qui suivent votre décès*

Au-delà, ils pourront souscrire aux offres individuelles AG2R LA MONDIALE, avec des conditions particulièrement avantageuses afin d'assurer la continuité de leur protection sociale et répondre à leurs besoins.

* Voir conditions et modalités dans votre Notice d'information.



3. Services

Prenez la main sur votre espace client



Les services en 1 clic

Gagnez du temps et profitez au mieux de votre complémentaire santé grâce à votre espace client 100 % sécurisé.

- Consultation et téléchargement de la carte de tiers-payant ;
- Demande de remboursements ;
- Historique des remboursements et consultation des décomptes ;
- Dépôt de devis ;
- Dépôt de l'attestation de Sécurité sociale ;
- Demande de modification de coordonnées bancaires ;
- Demande de portabilité ;
- Déclaration d'enfant(s) à charge ;
- Tableaux de garanties et exemples de remboursements ;
- Affichage du consommé des garanties plafonnées ;
- Géolocalisation des professionnels de santé ;
- Abonnement à la dématérialisation.

Indispensable

Recevoir vos notifications par e-mail et consulter vos remboursements en ligne participent au développement durable en économisant du papier et vous fait gagner du temps.





Comment accéder à mon espace client ?

Pour vous inscrire sur votre espace client et profiter de tous les services offerts, connectez-vous sur le site Internet :

www.ag2ramondiale.fr

Cliquez sur « Espace client » et remplissez le formulaire. Vous recevrez vos codes d'accès par courrier ou par e-mail.

Pratique

Privilégiez votre espace client pour effectuer vos demandes de remboursement. Vous bénéficierez de délais de traitement optimisés.

SALARIÉ - PARTICULIER	ENTREPRISE	COURTIER - PARTENAIRE
Nouveau salarié et/ou votre désignation de bénéficiaires décès	Complémentaire santé ANI (VIASANTÉ)	Santé-Prévoyance
VIASANTÉ Complémentaire santé	Épargne salariale (PEE, PERCO)	Épargne retraite entreprise (articles 83, 39, I°C)
Complémentaire santé ANI	Compte épargne temps (CET)	Partenaire épargne patrimoniale
Assurance auto-haotaxation	Déducteurs sociales (DADS, DADS-L, ...)	
Épargne salariée (PEE, PERCO)	Prévoyance (arrêt de travail, invalidité, décès)	
Compte épargne temps (CET)		
Épargne retraite rentiers		
Clientèle patrimoniale		

L'application « Côté Santé »

Depuis l'application Côté Santé, vous pouvez :

- Consulter et télécharger votre carte de Tiers-Payant
- Suivre vos dépenses santé et celles de votre famille
- Comprendre vos remboursements
- Lier votre compte CPAM
- Ajouter un autre contrat de complémentaire santé
- Envoyer une facture
- Faire une demande d'analyse de devis
- Transférer une ordonnance en pharmacie pour préparation



Découvrez l'application « Côté Santé »



Vos services

Les services inclus dans votre offre santé

Le tiers payant

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition une carte de tiers payant qui vous permet de bénéficier du tiers payant auprès de professionnels de santé tels que les établissements hospitaliers conventionnés, les pharmacies, les radiologues, les laboratoires d'analyses... Votre carte de tiers payant est strictement personnelle et atteste à tout moment de votre appartenance à AG2R LA MONDIALE.

Qu'est-ce que le tiers payant ?

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

Comment fonctionne le tiers payant ?

Chez le pharmacien

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

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

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

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, connectez-vous sur votre espace client www.ag2rlamondiale.fr

Chez les autres professionnels de la santé

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

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

À l'hôpital

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R LA MONDIALE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à votre charge (forfait hospitalier 20€/jour). L'établissement hospitalier ou vous-même devrez fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue :

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

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

Chez l'opticien

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

AG2R LA MONDIALE règle l'opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restant éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 14 000 opticiens.

Chez le dentiste

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

La géolocalisation des professionnels de santé

Pour l'utiliser, il vous suffit de vous inscrire aux services en ligne – c'est gratuit et sans aucune obligation.

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

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

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

En optique

- jusqu'à 40 % d'économie sur les verres,
- une réduction minimale de 15 % sur les montures et produits para-optiques (lunettes de soleil...),
- la qualité des verres fabriqués par des grands verriers,
- une garantie casse de 2 ans pour la monture et les verres.

Chez les audio prothésistes

- jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives,
- 0 % à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires,
- un contrôle annuel de l'audition,
- la garantie panne de 4 ans,
- le prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement.

Un devis ? Une facture ? Connectez-vous !

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

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



4. Solidarité

Un dispositif de solidarité dédié aux salariés de la branche

Vos partenaires sociaux ont négocié des aides solidaires spécifiques pour les salariés de la branche HLA.

Ces aides vous sont proposées, sans surcoût supplémentaire, financé par le haut degré de solidarité prévoyance (HDS).

Ces aides vous aideront à financer :

- la prise en charge des restes à charge pour les bénéficiaires, accessibles au plus grand nombre*

- un forfait sport pour vous accompagner dans la pratique d'une activité physique, avec le versement d'une aide de 120 € par an sous conditions**

* Aide sous conditions, après analyse et examen de votre dossier

** Être salarié et adhérent au contrat collectif mutualisé de la branche HLA et avoir un revenu fiscal annuel de référence inférieur à 20 000 euros par part fiscale.







5. Action sociale

AG2R LA MONDIALE

Parce que nous avons le goût de l'entraide, l'action sociale occupe une grande place dans notre pays.

Elle permet à notre société de maintenir une cohésion sociale, en intervenant auprès des personnes ou des groupes de personnes les plus fragiles, pour les aider à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant.

L'action sociale ne se limite pas à des aides financières. Elle s'oriente de plus en plus vers l'écoute, le conseil et l'accompagnement.

Le développement des établissements pour personnes âgées, dépendantes ou en situation de handicap et le soutien de la recherche font également partie des priorités.

Dans grand nombre de domaines, l'action sociale des institutions de retraite, de prévoyance et des mutuelles, apporte un soutien appréciable :

- Famille / revenus
- Emploi / formation
- Accompagnement de la transition
- Emploi / retraite
- Lieu de vie
- Santé / prévention
- Handicap / dépendance
- Veuvage
- Vie sociale

Un large éventail d'interventions sociales, spécialement développées pour les salariés, leur famille et les retraités, illustre de manière concrète la solidarité des régimes complémentaires.

L'action sociale AG2R LA MONDIALE aujourd'hui

- En amont : des actions d'information et de prévention
 - En aval : des actions de soutien et d'accompagnement en faveur des personnes en difficulté
- 4 étapes clés :**
- Répondre aux difficultés en apportant ponctuellement le conseil et/ou l'aide appropriés, selon le dispositif social prévu par l'institution de retraite complémentaire, l'institution de prévoyance ou la mutuelle.
 - Détecter, en observant et en étant à l'écoute des nouveaux besoins qui apparaissent avec l'évolution de notre société.
 - Innover en entreprenant des actions concrètes, en direct ou avec des partenaires spécialisés.
 - Faire savoir en communiquant et en organisant des relais d'information avec les différents acteurs de l'action sociale : services sociaux, associations...

Une réponse concrète face à un grand nombre de situations

Pour aider les personnes à faire face aux accidents de la vie :

Aides exceptionnelles en cas de grave maladie, chômage, divorce, séparation, surendettement, etc. ; secours d'urgence en cas d'incendie ou catastrophe naturelle, aide à la scolarité des enfants à charge ; aide en cas de décès d'un proche...

Pour accompagner le retour à l'emploi et aider à préparer la retraite :

Aides à la formation ; accompagnement du retour à l'emploi ; accès gratuit aux stages de préparation à la retraite pour les chômeurs en fin de droits...

Pour épauler les personnes en situation de veuvage :

Aides aux frais d'obsèques ; aides financières afin de prévenir une rupture sociale ; soutien psychologique, groupes de parole.

Pour promouvoir la prévention de la santé :

Aides financières aux frais de santé ; bilans de santé et dépistages (perte de mémoire, diabète, maladies de la vision et de l'audition) ; sensibilisation à la pratique de l'activité physique, le sommeil et la nutrition adaptée.

Pour soutenir les personnes en situation de handicap et de dépendance :

Aides à l'aménagement du logement, du véhicule ; participation aux frais d'équipement adapté ; aides au séjour temporaire, hébergement permanent en établissement ; soutien des aidants familiaux (aides à domicile, formation).

Pour favoriser le maintien du lien social :

Information, écoute, conseil, accompagnement ; organisation des sorties et loisirs ; aides au transport accompagné et à la téléassistance ; développement du bénévolat...

Comment solliciter l'action sociale ?

Les assurés dans le cadre des contrats collectifs prévoyance et santé ont accès aux dispositifs sociaux. Les aides et les services proposés dans le cadre de l'action sociale ainsi que les conditions d'octroi sont validés par le Conseil d'administration de chaque structure. Les demandes d'interventions sociales des institutions de prévoyance doivent être en lien avec les garanties d'assurance souscrites par la branche professionnelle.

Pour toute information

Un numéro unique pour nous joindre

0 969 361 043

Service gratuit + prix appel



6. Contacts

Vous accueillir et vous faciliter l'accès à nos services

**Une démarche à effectuer ?
Une question concernant votre dossier ?
Nos conseillers sont à votre écoute.**

Par courrier

Toute correspondance doit être envoyée à votre Centre de gestion AG2R LA MONDIALE.

L'adresse figure sur votre carte de tiers payant.

Par téléphone

Pour toute question relative à votre contrat santé, veuillez composer le :

0 969 322 000 Service gratuit + prix appel

Par Internet

www.ag2rmondiale.fr

Pour en savoir plus



Important

Retrouvez l'intégralité de vos garanties dans la notice d'information qui vous a été remise par votre employeur.

Ce document est une présentation qui ne se substitue pas à la notice d'information, seul document contractuel.





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 LA MONDIALE

14-16 boulevard Maiesherbes
75379 Paris cedex 08

AG2R Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le code de la
Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE
et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, boulevard
Maiesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270.

