



AG2R LA MONDIALE

Santé

Régime complémentaire obligatoire
et surcomplémentaire facultatif

Notice d'information

COOPERATION AGRICOLE
ET
INDUSTRIES
AGROALIMENTAIRES

Ensemble du personnel
Garanties au 1^{er} janvier 2020

Sommaire

Sommaire	2
Présentation	4
Votre régime complémentaire obligatoire	5
Vos garanties	5
Objet des garanties	11
Actes et frais garantis	11
Bénéficiaires des garanties	11
Comment bénéficié du régime	11
Début des garanties	11
Cessation des garanties	12
Maintien des garanties	12
Cotisations	15
Régime complémentaire facultatif pour vos ayants droit	16
Objet des garanties	16
Bénéficiaires des garanties	16
Comment bénéficié des garanties ?	16
Actes et frais garantis	17
Début des garanties	17
Cessation des garanties	17
Votre régime surcomplémentaire facultatif	18
Vos garanties	18
Objet des garanties	23
Actes et frais garantis	23
Bénéficiaires des garanties	23
Choix / changement de formule	23
Début des garanties	24
Cessation des garanties	24
Cotisations	24
Garantie assistance	25
Une ligne téléphonique dédiée 05 49 76 98 48 ou au +33 5 49 76 96 48 depuis l'étranger	25
Durée de l'affiliation	25
Indexation	25
Adhésion à distance	26
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	27
Dispositions générales	29
Limites des garanties	29
Plafond des remboursements	30
Recours contre les tiers responsables	30
Prescription	30
Réclamations - médiation	31
Protection des données à caractère personnel	31
Autorité de contrôle	32
Modalités de gestion	33

Votre affiliation.....	33
Vos remboursements.....	33
Quelques informations utiles.....	37
Pour tout renseignement.....	41
Mes services.....	42
Découvrez notre application mobile « Ma santé ».....	42
Découvrez notre application mobile « service client ».....	42
La demande de remboursement de soins devient digitale.....	43
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers.....	44

Présentation

Votre entreprise, relevant des branches de l'industrie alimentaire et de la coopération agricole a mis en place des garanties frais de santé au profit de l'ensemble du personnel.

Ces garanties comprennent :

- un régime **complémentaire obligatoire** « classique » pour vous-même et facultatif pour vos ayants droit ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** « délice », « exquise », ou « suprême » pour vous-même et vos ayants droit, si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime complémentaire.

Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire, votre affiliation au régime complémentaire est indispensable.

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

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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

Votre régime complémentaire obligatoire

Vos garanties

Formule CLASSIQUE

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

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

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

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

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 engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referenc/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	100% BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130% BR

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100% BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100% BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	125% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	105% BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	125% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	105% BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	125% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	105% BR
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	125% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	125% BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– à 65% (SMR majeur ou important)	100% BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	
– à 65% (SMR majeur ou important)	100 % BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	125% BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	125 % BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR

À COMPTER DU 01/01/2021

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
--	--

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % de la BR + 300 € dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS + RC inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	125 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS + RC inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

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

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	100 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	180 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	180 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	100 % de la BR
– Inlay core	180 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	180 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	150 % de la BR

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (de Classe A ou B)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	50 € (RSS inclus)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiprosopie / verres iséïconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 150€ sur 2 années civiles consécutives (au minimum 100% BR pour les lentilles acceptées)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre
			Adulte et Enfant
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 ⁽¹⁾	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	75 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	75 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	75 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	75 €
		SPH > 0 et S > + 8	75 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	75 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Objet des garanties

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.

Actes et frais garantis

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

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue à l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale.

Bénéficiaires des garanties

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

- Vous-même, assuré social, salarié d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord du 18/11/2014 (modifié en dernier lieu par avenant n° 3 du 26/02/2016) relatif à la mise en place d'un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé dans les branches professionnelles des secteurs des industries agroalimentaires et de la coopérative agricole.

Comment bénéficiaire du régime

Complétez la partie « Adhésion obligatoire – Régime complémentaire » du bulletin d'affiliation santé puis remettez-le à votre employeur, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire,...).

Modification de situation

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

Début des garanties

- 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.

Cessation des garanties

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

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations.

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

Contrat collectif obligatoire

Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès de AG2R Prévoyance est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation aux garanties à titre individuel et de son propre fait.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Pour tout salarié, le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail. Cependant, le droit à garanties est suspendu de plein droit en cas de suspension du contrat de travail.

En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

Les garanties reprennent effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Avec indemnisation

Les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations salariales et patronales correspondantes (dans les mêmes conditions que celles des salariés en activité) lorsque la suspension du contrat de travail est due à :

- un arrêt de travail pour maladie ou accident de la vie privée, maternité, adoption ou paternité ;
- un arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, pour la période non couverte au titre du paragraphe « Pour les salariés en arrêt de travail au titre d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle ».

En tout état de cause, les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Sans indemnisation

Dans les autres cas que ceux cités ci-dessus (congrés non rémunérés, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise...), le salarié peut demander, à titre individuel, à continuer à bénéficier du régime complémentaire obligatoire pendant la durée du congé. La totalité de la cotisation est à la charge exclusive du salarié. La cotisation est prélevée mensuellement à terme échu directement sur son compte bancaire.

Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la première cotisation due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien facultatif des garanties prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir ses garanties pendant son congé, le droit à garanties reprend dès sa reprise de travail.

Pour les salariés en arrêt de travail au titre d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle

En cas d'accident de travail, de trajet ou de maladie professionnelle d'un salarié donnant lieu à un arrêt de travail de plus de 6 mois, les garanties de ce régime sont maintenues sans paiement des cotisations pendant 12 mois à compter du 1^{er} jour du 7^e mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la reprise d'activité.

Cependant, tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initiale, conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par l'Assurance Maladie obligatoire de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « Accidents du travail /Maladies professionnelles ».

Tout salarié qui reprend le travail après avoir bénéficié partiellement de l'exonération du paiement des cotisations, conserve son droit à gratuité en cas de rechute au sens de la législation de l'Assurance Maladie obligatoire « accidents du travail/maladies professionnelles », dans la limite de la période d'exonération restant à courir.

En cas de cessation du contrat de travail, les anciens salariés relevant de la législation « accidents du travail/maladies professionnelles » de l'Assurance Maladie obligatoire (ou la Mutualité sociale agricole) bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, continuent à bénéficier après la rupture du contrat de travail des garanties du présent régime avec exonération des cotisations dans les conditions fixées ci-dessus.

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'entreprise en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties sont donc maintenues, ainsi qu'à vos bénéficiaires, 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 des garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du maintien de garanties sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien des garanties 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 des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties 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'entreprise.

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

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit informer par courrier 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 :

- la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- une attestation justifiant le statut de l'ancien salarié de demandeur d'emploi ;
- et les cartes de tiers payant 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 des garanties 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 sera 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 des garanties.

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 ;
- le décès de l'ancien salarié.

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

L'organisme assureur propose, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux aux anciens salariés :

- bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ;
- ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ;

sans condition de durée et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

Ayants droit du salarié décédé

En cas de décès du salarié ou bénéficiant du dispositif de portabilité prévu au titre du paragraphe « En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits », les garanties sont maintenues à titre gratuit à ses ayants droit, qui étaient déjà couverts avant la date du décès, pendant une période de 12 mois.

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

Ces ayants droit devront en faire la demande et remplir un bulletin d'affiliation. L'affiliation prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation, et au plus tôt, le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du salarié, et au plus tard au lendemain de la réception de la demande.

En cas de cessation des garanties collectives

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.

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

Cotisations

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

Le montant de vos cotisations figure sur votre bulletin de salaire.

Régime complémentaire facultatif pour vos ayants droit

Objet des garanties

Faire bénéficier votre famille du régime complémentaire « Classique ».

Les régimes facultatifs sont applicables que si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Bénéficiaires des garanties

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

- votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité ;
- vos enfants à charge, à savoir :
 - âgés de moins de 21 ans et à charge au sens de la législation Sécurité sociale,
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.),
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidés aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture frais de santé complémentaire dans le cadre de leur activité,
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
 - les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;

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).

Bénéfice du régime pour les ayants droit

Le bénéfice du régime complémentaire facultatif est possible si le salarié est affilié au régime complémentaire « Classique » obligatoire.

Cotisation enfant

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 du même montant que celle du conjoint.

Comment bénéficier des garanties ?

Complétez la partie « Adhésion facultative ayants droit » du bulletin d'affiliation santé.

Actes et frais garantis

Les garanties sont identiques à celles du régime complémentaire « classique » obligatoire du salarié.

Début des garanties

- Au 1er jour du mois de la date d'effet demandée sur le bulletin d'affiliation ;
- ou au 1er jour du mois suivant la réception par l'organisme assureur du bulletin d'affiliation si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

Cessation des garanties

- en cas de résiliation de votre part ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime complémentaire « classique » obligatoire ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

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

Votre régime surcomplémentaire facultatif

Le régime surcomplémentaire s'applique si vous y avez souscrit et moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime complémentaire obligatoire est indispensable.

Vos garanties

Formule « Délice », « Exquise » ou « Suprême »

Les prestations s'entendent **en complément** du régime complémentaire « classique ».

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

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

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

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 engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referance/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)
€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Délice	Exquise	Suprême
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	100% BR	150% BR	200% BR
Honoraires			
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	50 % BR	150% BR	150% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	50 % BR	70 % BR	70% BR
Chambre particulière	60 € par jour	70 € par jour	80 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation		
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
– Généralistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % BR	150 % BR	200 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	80 % BR	100 % BR	100 % BR
– Spécialistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	75 % BR	125 % BR	175 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	75 % BR	95 % BR	95 % BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	75 % BR	125 % BR	175 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	75 % BR	95 % BR	95 % BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	75 % BR	125 % BR	175 % BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	75 % BR	95 % BR	95 % BR
Non remboursés par la Sécurité sociale			
– Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Ethioopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Reflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle ⁽¹⁾	40€ par acte dans la limite de 4 actes par année civile	40€ par acte dans la limite de 4 actes par année civile	40€ par acte dans la limite de 4 actes par année civile
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale			
– à 30% ou 15% (SMR modéré ou faible)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Non remboursés par la Sécurité sociale			
– Contraception prescrite ⁽²⁾		Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 50 € par année civile
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée par la Sécurité sociale			
– à 30% ou 15% (SMR modéré ou faible)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale			
– Sevrage tabagique		Crédit de 50€ par année civile	Crédit de 50€ par année civile
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	75 % BR	125 % BR	175 % BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

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

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	50 % BR	125 % BR	175 % BR
-----------------	---------	----------	----------

À COMPTER DU 01/01/2021

Équipements libres ⁽¹⁾

Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	Néant	Néant	Néant
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	50 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)	125 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)	175 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)

(1) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

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

Dentaire

Postes

Niveaux d'indemnisation

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽²⁾			
– Inlay core	20 % BR dans la limite des HLF	170 % BR dans la limite des HLF	270 % BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	40 % BR dans la limite des HLF	170 % BR dans la limite des HLF	290 % BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾			
– Inlay core	20 % BR	170 % BR	270 % BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	40 % BR	170 % BR	290 % BR

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	100 % BR	200 % BR	250 % BR
-------------	----------	----------	----------

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 400€ par année civile	Crédit de 600€ par année civile	Crédit de 800€ par année civile
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 250 € par année civile	Crédit de 300 € par année civile
Orthodontie	200 % BR	300 % BR	400 % BR

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation		
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	200 % BR	350 % BR	450 % BR

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation		
Équipements libres ⁽¹⁾			
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	20 €	50 €	50 €
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir grille optique ci-après		
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 50€ sur 2 année civiles consécutives	Crédit de 100€ sur 2 année civiles consécutives	Crédit de 150€ sur 2 année civiles consécutives
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)			
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 150€ par œil et par année civile	Crédit de 300€ par œil et par année civile	Crédit de 500€ par œil et par année civile

(1) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

– Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

– Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

– Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

– une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre Adulte et enfant		
			Délice	Exquise	Suprême
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	40 €	75 €	100 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	65 €	125 €	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	40 €	75 €	100 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	40 €	75 €	100 €
		SPH > 0 et S > + 6	65 €	125 €	175 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	65 €	125 €	175 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	65 €	125 €	175 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	65 €	125 €	175 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	65 €	125 €	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	65 €	125 €	175 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	65 €	125 €	175 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	65 €	125 €	175 €
		SPH > 0 et S > + 8	65 €	125 €	175 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	65 €	125 €	175 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation		
Garantie Assistance à domicile – IMA ASSURANCES ⁽¹⁾ –			
0 800 75 75 75 Service & appel gratuits	Incluse	Incluse	Incluse

(1) Garantie gérée par la IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris 79000 NIORT, société régie par le Code des Assurances.

Objet des garanties

Améliorer vos remboursements en souscrivant, à titre facultatif, à l'une des trois options du régime surcomplémentaire facultatif.

Actes et frais garantis

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

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquitté par le bénéficiaire en cas de réalisation d'acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale.

Bénéficiaires des garanties

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

- vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- vos ayants droit, tels que définis page 16.

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).

Choix / changement de formule

Choix de la formule

Lors de votre affiliation, vous pouvez choisir la formule la mieux adaptée à vos besoins, entre :

- le régime complémentaire obligatoire seul ;
- le régime complémentaire obligatoire et le régime surcomplémentaire facultatif, si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime complémentaire avec l'une des 3 options proposées.

À cet effet, complétez le bulletin d'affiliation qui vous a été remis par votre employeur.

Changement de formule

Vous pouvez changer d'option au 1er janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande au moins 3 mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à l'une des options.

Lorsque vous justifiez d'une modification de situation familiale (mariage, signature d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, signataire ou non d'un PACS, ou d'un enfant) dans les 2 mois précédant la demande de changement d'option :

- la condition de 2 années complètes d'affiliation n'est pas requise ;
- le changement intervient le 1er jour du mois suivant la demande.

[Tout choix ou changement de formule de garantie concerne l'ensemble des personnes assurées.](#)

Début des garanties

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires, les garanties prennent effet :

- au plus tôt, le 1^{er} jour du mois de la date demandée sur le bulletin d'affiliation ;
- ou au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre bulletin d'affiliation, si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

Vos ayants droit, n'ayant pas été rattachés à vos garanties au moment de votre affiliation, pourront être rattachés postérieurement, au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année.

Cependant, lorsque vous justifiez de l'une des modifications de situation familiale suivante : mariage, signature d'un Pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin signataire ou non d'un Pacte civil de solidarité, ou d'un enfant à charge, l'affiliation de l'ayant droit concerné est effective au 1^{er} jour du mois au cours duquel il acquiert cette qualité, sous réserve que vous en effectuiez la demande dans les 2 mois suivant la survenance de l'évènement familial

Cessation des garanties

Pour tout salarié et ses éventuels bénéficiaires, les garanties cessent :

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de résiliation du régime complémentaire obligatoire ;
- en cas de résiliation de votre part, à l'issue d'une période minimale d'affiliation de 2 années.

Toutefois, en cas de modification dans la situation familiale, cette condition n'est pas requise, et le changement intervient au jour de l'évènement.

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.

[Tout changement de régime concernera l'ensemble des bénéficiaires.](#)

Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif CMU pour sa partie complémentaire.

Par ailleurs, si vous ouvrez droit au bénéfice de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (telle que définie à l'article L.863-2 du Code de la Sécurité sociale), vous pouvez demander la résiliation de votre affiliation, y compris en cours d'année. Cette résiliation intervient au plus tard le 1^{er} du deuxième mois suivant votre présentation d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L.863-6 du Code de la Sécurité sociale.

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

Cotisations

Les tarifs des cotisations figurent sur le bulletin d'affiliation.

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur votre compte bancaire. À cet effet n'oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement joint au bulletin d'affiliation.

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de l'échéance, il vous est adressé une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement.

Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, vous êtes informé de la cessation automatique des garanties.

Garantie assistance

Si vous avez opté pour un régime surcomplémentaire, c'est un service qui va vous simplifier la vie au moment d'une éventuelle hospitalisation.

Que cette hospitalisation soit programmée ou imprévue vous pourrez bénéficier des différentes prestations afin de prévoir un retour au domicile en toute tranquillité.

Sur simple appel téléphonique (préalable à toute intervention), un conseiller vous aide à organiser toutes ces démarches.

Une ligne téléphonique dédiée 05 49 76 98 48 ou au +33 5 49 76 96 48 depuis l'étranger.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations doit être formulée au préalable par le bénéficiaire ou ses proches auprès de IMA ASSURANCES par téléphone.

Accessible 24h/24, 7 jours sur 7.

En indiquant :

- le nom et le n° de protocole qui figure sur la notice d'information assistance en annexe ;
- le nom et le prénom du bénéficiaire ;
- l'adresse exacte du bénéficiaire ;
- le numéro de téléphone auquel le bénéficiaire peut être joint.

Retrouvez l'intégralité de vos prestations assistance en annexe à la notice d'information.

Durée de l'affiliation

Vous êtes affilié, ainsi que vos éventuels bénéficiaires, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelant à effet du 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation de votre affiliation 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 justifier du bénéfice d'un dispositif Couverture Maladie Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

Indexation

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

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

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

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

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

Adhésion à distance

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

1. La dénomination de l'organisme assureur contractant, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.
2. Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.
3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.
4. La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.
5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.
6. La loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat.
7. Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

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

Droit à renonciation

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

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

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

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

L'organisme assureur est tenu de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

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

Modèle de renonciation

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

Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec AR : « J'ai souscrit une adhésion auprès de votre organisme le __/__/__, sous le n° _____.

Le contrat a été souscrit à distance ou suite à mon démarchage (à indiquer selon votre cas).

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

Date et Signature »

Dispositions générales

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

Exclusions

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

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

L'organisme assureur 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'organisme assureur.

Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux : le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.

Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles) : le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Actes ou postes de garanties exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait : le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garanties concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Pharmacie : pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire se fera également sur cette base.

Maternité : la garantie maternité n'intervient que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

Frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné : la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité sociale ; cette limite de 90 jours ne s'applique pas à la prise en charge du forfait hospitalier.

Plafond des remboursements

La participation de l'organisme assureur 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'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé 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, en ce qui concerne les frais de santé.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur 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 ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur 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'organisme assureur 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 ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées à AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 Roubaix Cedex.

Il est également possible de nous joindre par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.

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 :

- soit par courrier, à l'adresse suivante : **Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris** ;
- soit en ligne, à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- des données relatives à votre âge, votre situation familiale ou professionnelle, à votre santé qui sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- vos coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

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

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

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Vous disposez de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :

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

Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Modalités de gestion

Votre affiliation

Vous remplissez le bulletin d'affiliation qui a été mis à votre disposition et vous y joignez :

- la photocopie de votre attestation de droits de l'assurance maladie obligatoire 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 : 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 : afin de pouvoir être couverts par les garanties souscrites, tous les bénéficiaires doivent figurer sur le bulletin d'affiliation. N'omettez pas, ultérieurement, de signaler à l'organisme assureur tout changement de situation familiale.

Vos remboursements

Télétransmission

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

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

- si votre demande de remboursement complémentaire concerne des frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais ne faisant pas l'objet d'une télétransmission automatique ;
- si votre remboursement ne vous est pas parvenu normalement, ou sur demande expresse de l'organisme assureur.

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

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

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

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

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 de l'assurance maladie obligatoire correspond aux frais effectivement engagés. En cas de différence, faites parvenir à l'organisme assureur la facture originale justifiant de la dépense réelle et le décompte de l'assurance maladie obligatoire.

Paiement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur votre compte bancaire, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont vous aurez transmis les coordonnées bancaires à l'organisme assureur.

Les prestations frais d'obsèques sont réglées, sur présentation de justificatif, à la personne ayant assumé les frais.

L'organisme assureur doit vous adresser un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Vous pouvez également connaître la nature et le montant des prestations versées sur votre compte en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur www.ag2rlamondiale.fr/

Liste des justificatifs nécessaires

Pour les frais de santé mentionnés ci-après, vous devez adresser à l'organisme assureur les justificatifs correspondants, nécessaires à l'organisme assureur pour le traitement des remboursements (dans la limite des frais réellement engagés, et sous réserve que ces frais soient mentionnés au tableau des garanties de la présente notice).

Hospitalisation médicale et chirurgicale

- Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière :
 - clinique : bordereau de facturation acquitté mentionnant la Discipline Médico Tarifaire (code DMT ou DCS),
 - hôpital : avis des sommes à payer mentionnant le mode de traitement (code MT) + attestation de paiement.
- Dépassements d'honoraires : bordereau de facturation acquitté précisant la base de remboursement et le montant du dépassement (joindre devis si établi précédemment).

Dentaire

- Prothèses dentaires remboursées et non remboursées : décompte de l'assurance maladie obligatoire (si prothèse remboursée et pas de télétransmission) et facture détaillant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée,
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM),
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.
- Orthodontie non remboursée : facture acquittée précisant les dates de début et de fin de période (trimestre, semestre, contention).
- Implantologie, parodontologie : facture détaillée précisant :
 - le numéro de chaque dent traitée ou remplacée ;
 - la nature détaillée des actes (code acte CCAM);
 - les honoraires détaillés correspondant à chaque acte, en précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.

Optique

- Lunettes et lentilles remboursées : facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- Lentilles non remboursées : facture acquittée et décompte de l'assurance maladie obligatoire.
- Chirurgie réfractive non remboursée : facture acquittée.

Cures thermales

- Frais de traitement et honoraires : facture des soins acquittée.
- Forfait cure (frais de voyage et d'hébergement) : décompte de l'assurance maladie obligatoire sur lequel figure l'acte « Honoraires de surveillance thermale ».

Consultations non remboursées

- Consultations non remboursées : notamment ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, acupuncteur, psychomotricien, étioathe : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées (ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue, psychomotricien).
- Actes de prévention non remboursés : sevrage tabagique, dépistage du cancer du côlon, médicament contre l'ostéoporose, automédication : facture acquittée, et prescription médicale (pour le sevrage tabagique).
- Vaccins : facture acquittée, et copie de la prescription médicale (sauf vaccin contre la grippe).
- Moyens contraceptifs prescrits : facture acquittée.
- Appareils assistant d'écoute : facture acquittée.

Autres frais

Si votre garantie prévoit la prise en charge des frais suivants, adressez à l'organisme assureur les justificatifs correspondants :

- en cas de garantie maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du conseil général du département ;
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...) ;
- en cas de garantie obsèques, la facture acquittée et datée indiquant les coordonnées de la personne ayant assumé les frais.

Si votre garantie prévoit la prise en charge de frais médicaux non mentionnés dans la présente liste, adressez à l'organisme assureur la facture acquittée, et le cas échéant, la prescription médicale.

Dans tous les cas nécessitant l'envoi de justificatifs, afin de faciliter le traitement de votre dossier, précisez systématiquement le numéro d'assuré social du bénéficiaire des soins.

Les devis et factures adressés à l'organisme assureur font l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur 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 de l'organisme assureur.

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 des personnes présentant un risque de fraude.

À tout moment, l'organisme assureur peut vous demander de produire des justificatifs supplémentaires pour le traitement de vos demandes de remboursements de frais.

Tiers payant : les frais pris en charge dans le cadre du tiers payant et pour lesquels vous n'effectuez aucune avance de frais ne nécessitent pas de pièces justificatives, sauf la présentation de votre carte de tiers payant.

Tiers payant

Chaque assuré 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 de l'assurance maladie obligatoire ;
- la carte de tiers payant ;
- la prescription médicale s'il y a lieu.

La carte de tiers payant reste la propriété de l'organisme assureur. En cas de départ de l'entreprise (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'entreprise ou la résiliation du contrat.

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. Dans le cas contraire, vous devez régler directement la part complémentaire au pharmacien, qui doit vous remettre une facture acquittée.

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé en établissement conventionné (uniquement), l'organisme assureur 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, sauf mention contraire expressément prévue dans votre tableau de garanties (sur production de justificatif).

Pour cela, présentez votre carte de tiers payant à l'établissement hospitalier conventionné pour que celui-ci effectue cette démarche pour vous.

Vous pouvez également demander la prise en charge directement à l'organisme assureur :

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

Pour savoir si votre opticien fait partie d'un réseau partenaire, mentionné dans votre tableau de garanties et/ou sur votre carte de tiers payant, contactez l'organisme assureur :

- en vous connectant à votre ESPACE CLIENT sur www.ag2ramondiale.fr/
- avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/decouvrir-l-application-mobile-ma-sante
- en téléphonant au : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé).

Vous pouvez également reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

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'organisme assureur. En retour, il vous est notifié le montant de l'intervention complémentaire sur chaque acte dentaire.

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

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

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

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

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

Établissements de santé

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

Médecin traitant et correspondant

Le médecin traitant détermine le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, 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 l'assurance maladie obligatoire au préalable.

Médecins non conventionnés

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

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (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.

Forfait sur les actes dits « lourds »

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique aux actes pratiqués en ville ou en établissement de santé d'un coût "élevé", notamment ceux dont le tarif (ou base de remboursement de la Sécurité sociale) est égal ou supérieur à 120 €.

Ce forfait, dont le montant est de 24 €, est systématiquement pris en charge par l'organisme assureur complémentaire.

Franchise

C'est une somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

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.

Qu'est-ce que le 100% santé ?

Avec le plan « 100% santé » (ou reste à charge zéro), les pouvoirs publics entendent renforcer l'accès de tous les Français à des soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, pris en charge à 100%.

Pourquoi une telle mesure ?

Lunettes de vue, prothèses dentaires, aides auditives... Ces dispositifs médicaux sont souvent onéreux et les frais assumés par l'assuré (le reste à charge) particulièrement élevés.

En effet, dans les secteurs de l'optique, du dentaire et l'audiologie, les prix sont librement fixés par les professionnels de santé et déconnectés des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Conséquence : le niveau de dépenses est tel qu'il dissuade aujourd'hui certains de nos concitoyens à s'équiper ou se soigner correctement.

En garantissant une prise en charge intégrale de certaines prestations dans ces trois spécialités, le « 100% santé » a donc pour objectif de prévenir le renoncement aux soins pour raisons financières.

En quoi consiste cette réforme ?

Cette mesure donne accès à des « paniers » de soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé (ou mutuelles).

Pour cela, les bases de remboursement de la Sécurité sociale évoluent progressivement et des prix limites de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sont mis en place, que les professionnels de santé concernés ont l'obligation de respecter.

Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé responsable* (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), vous pouvez bénéficier des offres de soins « 100% santé ».

Celles-ci sont incluses dans les obligations de votre complémentaire et doivent vous être systématiquement proposées par votre opticien, votre audioprothésiste ou votre dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

Votre liberté de choix est néanmoins préservée puisque vous conservez à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

* Les contrats dits responsables répondent à un certain nombre d'obligations fixées réglementairement ; en contrepartie, ils se voient appliquer certains avantages fiscaux et sociaux.

Ce qui change en optique

- Votre opticien doit vous proposer une gamme constituée d'au moins 17 montures adultes et 10 montures enfants en 2 coloris différents, à moins de 30 €.
- Les verres corrigent l'ensemble des troubles visuels et comportent des traitements obligatoires (amincissement, anti-rayures et anti-reflet).
- Vous avez la possibilité de « panacher » l'offre (c'est-à-dire opter pour des verres sans reste à charge et une monture à tarif libre ou inversement).

Ce qui change en dentaire

Près de la moitié (46 %) des actes prothétiques sont intégralement remboursés.

Vous pouvez bénéficier d'un large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux dont la qualité esthétique sera adaptée à la localisation de la dent (visible ou non visible).

Ce qui change en audiologie

Les équipements proposés dans ce panier sont de qualité, en termes d'esthétique (dispositifs intra-auriculaires...) mais aussi de performance technique (12 canaux de réglage, amplification sonore d'au moins 30 décibels, système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, etc.)

La base de remboursement des aides auditives par l'assurance maladie obligatoire sera revalorisée (jusqu'à 400 €/oreille) au 1^{er} janvier 2021.

Quand peut-on bénéficier du 100% santé ?

La réforme se déploie par étape, suivant un calendrier différent selon les secteurs. Elle sera en vigueur :

- au 1^{er} janvier 2020 en optique et en dentaire
- au 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives

Dès 2019, les restes à charge des assurés diminuent progressivement, jusqu'au remboursement total à compter du 1^{er} janvier 2021.

Pour tout renseignement

Votre site internet

www.ag2rlamondiale.fr vous propose des explications sur le fonctionnement de votre complémentaire santé, la liste des professionnels de santé agréés tiers payant, des documents et des formulaires utiles à télécharger au sein de « l'espace client » et vous permet d'accéder à l'espace dédié à vos garanties et de télécharger les documents utiles (notice d'information, bulletin d'affiliation) en choisissant la Convention collective nationale mentionnée en 1^{re} page dans la liste déroulante prévue à cet effet.

AG2R LA MONDIALE
Prendre la main sur demain

Q Contact > Espace client >

SALARIÉ RETRAITÉ CHEF D'ENTREPRISE ET TNS ENTREPRISE NÉGOCIATEUR DE BRANCHE INVESTISSEUR NOTRE GROUPE

Loi PACTE : comment dynamiser votre épargne retraite ?

Bien comprendre les nouveautés pour faire les bons choix.

Décryptage et conseils > Téléchargez notre guide Loi PACTE >

SALON INTERNATIONAL DE L'AGRICULTURE DU 22 FÉVRIER AU 1ER MARS 2020
AG2R LA MONDIALE, partenaire historique de la filière agroalimentaire, est présent au salon international de l'agriculture.

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 :

<https://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 cherchez 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.

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/

La demande de remboursement de soins devient digitale

Quelques clics et puis c'est tout

Désormais, chacun peut déposer simplement en quelques clics, depuis son espace client, ses justificatifs de demandes de remboursement.

Et après ? L'aiguillage se fait automatiquement vers le centre de gestion attitré et la procédure habituelle suit son cours.

À vous de jouer !

Connectez-vous dès maintenant pour découvrir ce nouveau service sur votre espace client :

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/>

Vous n'êtes pas encore inscrit ? Créez votre compte en quelques clics :

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/inscriptions/>

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

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

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

Garantie prévoyance individuelle
Garantie accident
Garanties obsèques
Assurances perte d'autonomie
Aide aux aidants

Autres produits

Santé animaux
Crédit
Tourisme
Pleine Vie
Protection juridique

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social