



AG2R LA MONDIALE

Régime complémentaire frais de santé facultatif
avec options « Confort », « Sérénité » et « Excellence »

Notice d'information

COMMERCE DE DETAIL DE FRUITS
ET LEGUMES, EPICERIE ET
PRODUITS LAITIERS



EnVisages
La Complémentaire Santé
du Commerce Alimentaire
de Proximité

Anciens salariés
Garanties au 1^{er} janvier 2021

Sommaire

Présentation	3
Régimes facultatifs	4
Garanties du régime complémentaire	4
Garanties du régime surcomplémentaire : options « Confort », « Sérénité » ou « Excellence »	10
Dispositions communes aux régimes facultatifs	15
Objet des garanties	15
Actes et frais garantis	15
Bénéficiaires des garanties	15
Comment bénéficier de ce régime.....	16
Début des garanties	16
Durée de votre affiliation.....	16
Cessation des garanties	16
Résiliations individuelles.....	17
Cotisations	18
Adhésion à distance	18
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	19
Généralités	21
Exclusions.....	21
Limites des garanties.....	21
Plafond des remboursements.....	22
Recours contre les tiers responsables	22
Prescription.....	22
Réclamations - médiation	22
Protection des données à caractère personnel.....	23
Autorité de contrôle	24
Fonctionnement de vos garanties.....	25
Vos remboursements	25
Quelques informations utiles	28
Mes services.....	32
Découvrez notre application mobile « Ma santé »	32
Découvrez notre application mobile « service client »	32
La demande de remboursement de soins devient digitale.....	33
Pour tout renseignement	34
Votre site internet.....	34
Pour nous contacter	34
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers.....	35

Présentation

Les Partenaires sociaux de la **Convention collective nationale des Entreprises du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers** [n°3244 – IDCC 1505] ont souhaité offrir aux anciens salariés des entreprises de la branche un maintien des garanties frais de santé, en conformité avec l'article 4 de la Loi « Evin » du 31 décembre 1989.

Pour cela, les partenaires sociaux ont accordé leur confiance à AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, comme assureur et gestionnaire de votre régime frais de santé **EnVisages**.

Cette garantie comprend :

- un régime **complémentaire facultatif** ;
- un régime **surcomplémentaire facultatif** avec choix entre 3 options : « Confort », « Sérénité » et « Excellence », si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime complémentaire.

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

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.

Régimes facultatifs

Garanties du régime complémentaire

Les niveaux d'indemnisation s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

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

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

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-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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	220 % de la 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.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
Chambre particulière ⁽¹⁾	70 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	35 € par jour

(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la 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.	195 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	175 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, étioopathes, psychologues ⁽¹⁾	30 € par acte limité à 4 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Kinésithérapeutes	120 % de la BR
Autres auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Non remboursée par la Sécurité sociale	
– Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de 100 € par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR + crédit de 500 € par année civile
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

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

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
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)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV ⁽²⁾
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % de la BR + 1300 € ⁽²⁾
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)	100 % de la BR + 300 € ⁽²⁾
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR

(1) Equipements de Classe I, 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).

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

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

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

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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	450 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	450 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	450 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay simple, onlay	450 % de la BR
– Inlay core	450 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	450 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	250 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	450 % de la BR

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	1200 € par implant limité à 3 implants par année civile
Orthodontie	250 % 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 du bénéficiaire 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 du bénéficiaire 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 du bénéficiaire 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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	100 €
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir montants dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A 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 antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 160 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 160 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1100 € par œil et par année civile

(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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

– les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;

– les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;

– les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire. La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. 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 de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 ⁽¹⁾	95 €	95 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	165 €	165 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	95 €	95 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	95 €	95 €
		SPH > 0 et S > + 6	165 €	165 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	165 €	165 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	165 €	165 €

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	190 €	190 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	265 €	265 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	190 €	190 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	265 €	265 €
		SPH > 0 et S > + 8	265 €	265 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	265 €	265 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	300 €
Garantie assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire	
Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application de la convention existant entre AG2R Prévoyance et l'assisteur (protocole n° 921326)	
Prévention liée aux métiers	
Chaque année le comité de prévention de la branche professionnelle définit son plan d'action de prévention à partir des éléments ci-dessous :	
– Etudes épidémiologiques (ex : troubles musculosquelettiques ...) – Prises en charge de consultations de prévention (ex : Bilan de santé, dépistages, bilan ostéoarticulaire, ...) – Accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex : Programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter, ...)	
Prévention liée aux risques de santé publique	
Actions en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers ...), et recherche de partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire.	

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 au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Garanties du régime surcomplémentaire : options « Confort », « Sérénité » ou « Excellence »

Vous pouvez améliorer vos remboursements à travers le choix de 3 options facultatives (« Confort », « Sérénité » ou « Excellence ») résumées dans le tableau ci-après, venant s'ajouter à votre régime conventionnel obligatoire, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

Les prestations viennent **en complément** de la part Sécurité sociale et du régime conventionnel obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

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

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

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-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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		
	Confort	Sérénité	Excellence
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour ⁽¹⁾	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 300 % de la 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 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 300 % de la BR
Chambre particulière	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour	+ 30 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans	Néant	+ 5 € par jour	+ 25 € par jour

(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Confort	Sérénité	Excellence
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
– Généralistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 25 % de la BR	+ 55 % de la BR	+ 255 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 25 % de la BR	+ 25 % de la BR	+ 25 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 250 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR	+ 250 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale			
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, étioopathes, psychologues ⁽¹⁾	+ 25 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 31 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 50 € par acte limité à 4 actes par année civile
– Densitométrie osseuse	Néant	Néant	Crédit de 300 € limité à une intervention par année civile
Pharmacie (hors médicaments)			
Non remboursés par la Sécurité sociale			
– Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 150 € par année civile
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 400 € par année civile

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

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Confort	Sérénité	Excellence

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽¹⁾			
- Inlay onlay	+ 75 % de la BR limité aux HLF	+ 125 % de la BR limité aux HLF	+ 175 % de la BR limité aux HLF
- Inlay core	+ 75 % de la BR limité aux HLF	+ 125 % de la BR limité aux HLF	+ 175 % de la BR limité aux HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 75 % de la BR limité aux HLF	+ 125 % de la BR limité aux HLF	+ 175 % de la BR limité aux HLF
Panier libre ⁽²⁾			
- Inlay onlay	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR	+ 175 % de la BR
- Inlay core	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR	+ 175 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR	+ 175 % de la BR

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	+ 100 % de la BR	+ 150 % de la BR	+ 280 % de la BR
-------------	------------------	------------------	------------------

Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR	+ 245 % de la BR
Parodontologie	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	+ Crédit de 150 € par année civile	+ Crédit de 350 € par année civile	+ Crédit de 750 € par année civile
Orthodontie	+ 150 % de la BR	+ 200 % de la BR	+ 350 % de la BR

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

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

Optique			
Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Confort	Sérénité	Excellence
Équipements libres ⁽¹⁾			
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	Voir montants dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres		
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ Crédit de 40 € par année civile	+ Crédit de 90 € par année civile	+ Crédit de 140 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	+ Crédit de 40 € par année civile	+ Crédit de 90 € par année civile	+ Crédit de 140 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 150 € par œil et par année civile	+ Crédit de 200 € par œil et par année civile	+ Crédit de 450 € 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire. La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. 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 ou enfant ⁽¹⁾		
			Confort	Sérénité	Excellence
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽²⁾	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €
		SPH < - 6 ou > + 6	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 45 €	+ 90 €	+ 110 €
		SPH < - 4 ou > + 4	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 45 €	+ 90 €	+ 110 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 45 €	+ 90 €	+ 110 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €

(1) Adulte = adulte et enfant de 16 ans et plus ; enfant = enfant de - 16 ans

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Confort	Sérénité	Excellence

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale

Frais de voyage et hébergement	+ 100 € limité à une intervention par année civile	+ 200 € limité à une intervention par année civile	+ 200 € limité à une intervention par année civile
--------------------------------	--	--	--

Forfait maternité

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	+ 100 €	+ 200 €	+ 300 €
---	---------	---------	---------

Dispositions communes aux régimes facultatifs

Objet des garanties

Vous faire bénéficier d'une complémentaire santé dédiée à votre ancienne profession.

Ce régime frais de santé **EnVisages** complète les remboursements de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés..

Actes et frais garantis

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

Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant de l'assuré (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au résumé des garanties). Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur.

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

Bénéficiaires des garanties

- **Vous-même**, assuré social, **ancien salarié** d'une entreprise ou d'un établissement relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Entreprises du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers du 15 avril 1988 (JO 3244) ;
- **votre conjoint** : votre époux(se), non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ;
- **ou votre partenaire lié par un PACS** : la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
- **ou votre concubin** : la personne avec qui vous vivez en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- **vos enfants à charge** : vos enfants ou ceux de votre conjoint, de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie (y compris les enfants reconnus ou recueillis) sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint, ce partenaire lié par un PACS ou ce concubin :
 - âgés de moins de 21 ans sans condition ;
 - jusqu'à la veille de leur 28^e anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire, supérieur, professionnel ou en apprentissage,
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance),
 - inscrits à l'assurance-chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;

- quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Les **justificatifs** suivants devront être joints au bulletin d'affiliation :

- pour le concubin de l'ancien salarié : photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun comportant les deux noms (quittance de loyer, facture d'électricité ou de téléphone) ;
- pour le partenaire lié par un PACS à l'ancien salarié : attestation de moins de 3 mois établissant les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance.

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).

Comment bénéficier de ce régime

Complétez le bulletin d'affiliation santé « Anciens salariés » puis transmettez-le à l'organisme assureur, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire,...).

Ne pas oublier de remplir le mandat de prélèvement.

Le bulletin est disponible sur le site internet dédié :

- **www.envisages.info**

Début des garanties

Les garanties facultatives débutent au 1^{er} jour du mois de la date d'effet demandée sur le bulletin d'affiliation. Si vous n'avez pas indiqué de date d'effet, la date appliquée sera le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre bulletin d'affiliation.

Par exception, en cas d'affiliation individuelle consécutive à la résiliation infra-annuelle d'un précédent contrat collectif frais de santé facultatif, les garanties prennent effet au jour de la cessation des garanties du précédent contrat.

Durée de votre affiliation

Vous êtes affiliés 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 au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier de la complémentaire santé solidaire (ex-CMU complémentaire) dans le cadre du dispositif Aide pour une Complémentaire Santé (ACS).

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.

Résiliation

Si la résiliation ou la suspension des garanties du régime conventionnel entraîne la résiliation ou la suspension des garanties du régime surcomplémentaire, la résiliation des garanties du régime surcomplémentaire n'entraîne pas la résiliation des garanties du régime conventionnel.

Cessation des garanties

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

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de résiliation de la convention d'assurance collective ;
- en cas de résiliation de votre part.

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvellent à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant bénéficier du dispositif Complémentaire santé solidaire 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.

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.

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

Résiliations individuelles

Résiliation annuelle à l'initiative de l'assuré

La résiliation annuelle de l'affiliation à l'initiative de l'assuré peut être effectuée au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier. Elle est alors notifiée à l'organisme assureur, selon le choix du salarié :

- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'Espace client via le site www.ag2rlamondiale.fr ;
- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2rlamondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation annuelle par écrit.

Résiliation infra-annuelle à l'initiative de l'assuré

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

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

Les formalités de notification de la résiliation infra-annuelle sont effectuées par principe par le nouvel assureur à la place de l'assuré lorsque celui-ci souscrit un nouveau contrat individuel ou adhère à un nouveau contrat collectif facultatif. Dans ce cas, le nouvel assureur du salarié notifie, auprès de l'organisme assureur, la résiliation du contrat de l'assuré par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable à l'assuré un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. En tout état de cause, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du contrat d'adhésion résilié.

Le gestionnaire (pour le compte de l'organisme assureur) accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable à l'assuré un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. En tout état de cause, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du contrat d'adhésion résilié.

Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout assuré qui peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire. La résiliation par un assuré s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

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 de l'ancien 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 cessation des garanties collectives, il ne sera pas fait application de période probatoire ni exigé de formalités médicales.

Cotisations

Les tarifs des cotisations figurent sur la fiche de tarification.

Les cotisations sont prélevées, mensuellement et à terme échu sur votre compte bancaire.

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 votre 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 n'est toujours pas payée, vous êtes informé de la cessation automatique de vos garanties.

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

Indexation

Les cotisations sont indexées 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 la cotisation des salariés et de l'ancienneté dans le régime de l'ancien salarié.

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 pour le produit « Régime frais de santé EnVisages » auprès de votre organisme le ____ / ____ / ____, sous le numéro _____.

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

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

Date et Signature

Généralités

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 l'assuré 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 : à l'exception du forfait maternité, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garanties concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

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

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

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

Plafond des remboursements

La participation de l'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 à l'ancien salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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 ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, de l'ancien 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, l'ancien 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 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.ag2ramondiale.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.

Fonctionnement de vos garanties

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.

Païement 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.

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.ag2ramondiale.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, étioathe : facture acquittée, comportant le numéro ADELI pour les professions de santé dûment réglementées.
- Sevrage tabagique : facture acquittée, et prescription médicale.
- Vaccins : facture acquittée, et copie de la prescription médicale (sauf vaccin contre la grippe).
- Moyens contraceptifs prescrits : 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, ...).

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.ag2ramondiale.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 par 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.

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.ag2ramondiale.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.ag2ramondiale.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.ag2ramondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/

La foire aux questions (FAQ)

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

Les numéros de service client

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

La disponibilité du service client

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

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

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.ag2ramondiale.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.ag2ramondiale.fr/connexion/>

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

<https://inscription.ag2ramondiale.fr/inscriptions/>

Pour tout renseignement

Votre site internet

www.envisages.info est le site dédié à votre protection sociale complémentaire, notamment à votre régime frais de santé EnVisages, réalisé spécialement pour votre profession. Vous y trouverez toutes les informations sur vos garanties et leur fonctionnement, ainsi que l'ensemble des documents d'information et des formulaires à télécharger.

Sur le site, vous retrouverez également nos coordonnées ainsi qu'un formulaire pour nous contacter pour toute question sur votre régime frais de santé.



Pour nous contacter

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

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions en protection sociale, que vous pouvez retrouver sur le site www.ag2rlamondiale.fr

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

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social