



AG2R LA MONDIALE

Santé

Convention collective nationale des Maisons familiales
Rurales [Brochure n° 7508]

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2026

Ensemble du personnel

Sommaire

Présentation	3
Régime frais de santé.....	4
Garanties	4
Objet des garanties.....	9
Actes et frais garantis	9
Bénéficiaires des garanties	9
Début des garanties.....	10
Cessation des garanties	10
Maintien des garanties	10
Cotisations	13
Dispositions générales	14
Limites des garanties - Exclusions	14
Plafond des remboursements.....	15
Recours contre les tiers responsables	15
Prescription.....	16
Renseignements – Réclamations – Médiation	16
Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence	17
Protection des données à caractère personnel.....	18
Autorité de contrôle.....	19
Modalités de gestion.....	20
Affiliation	20
Les remboursements	20
Échanges dématérialisés	22
Quelques informations utiles	24
Mes services.....	27
Pour créer votre espace client, rien de plus simple.....	27
Découvrez notre application mobile « Côté santé »	27
Découvrez notre application mobile « service client »	27
Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels.....	28

Présentation

L'entreprise adhérente relevant de la Convention collective nationale visée en 1^{re} page, a mis en place un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel.

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

La notice d'information est réalisée pour 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.

Régime frais de santé

Garanties

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

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

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

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FJH : Forfait journalier hospitalier, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation dans un établissement de santé.

FPU : Forfait patient urgence, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

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	150% BR
Forfait journalier hospitalier (FJH), Forfait patient urgences (FPU) et Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130% BR
Chambre particulière	60 € par jour
– Pour le secteur non conventionné	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	23 € par jour

Transport

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

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100% BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130% BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130% BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100% BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100% BR
Non remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	
– Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Étiopathie, Naturopathie, Phytothérapie, Ergothérapie, Diététique	40 € par acte limité à 4 actes par année civile
– Psychologue	Crédit de 160 € par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100% BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100% BR
Forfait actes dits « lourds »	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100% BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100% BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100% BR + Crédit de 500 € par année civile
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS 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) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	100% BR + 500 € (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	100% BR + 250 € (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100% BR

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

(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	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
– Inlay, onlay	180 % BR dans la limite des HLF
– Inlay core	175 % BR dans la limite des HLF
– Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
– Inlay, onlay	180 % BR
– Inlay core	175 % BR
– Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	400 % BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 1500 € par année civile

(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 : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	
Monture de Classe A : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	
Verres de Classe A : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (de Classe A ou B)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Monture de Classe B : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	100 €
Verres de Classe B : Adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Monture de Classe B : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	100 €
Verres de Classe B : Enfant de - de 16 ans ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types 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 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antipétos / verres iséiconiques)	100 % BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 145€ par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	Crédit de 150 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 500 € 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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

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

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

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

Grille Optique

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

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 ⁽¹⁾	90 €	70 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	140 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	80 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	110 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150 €	110 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	120 €	95 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	210 €	120 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	260 €	120 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	230 €	165 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	230 €	165 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	165 €
		SPH > 0 et S > + 8	300 €	165 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	300 €	165 €

(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 % BR
Frais de voyage et hébergement	100% BR + Forfait de 140 €
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	250 €
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR

Objet des garanties

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

Actes et frais garantis

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

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue à l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant du salarié (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

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

- le participant, assuré social, salarié de l'entreprise ;
- son conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité;
- les enfants de moins de 18 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
- les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
 - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
 - bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable
- toute personne à charge du participant au sens des assurances sociales.

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).

Début des garanties

Pour le participant, les garanties débutent :

- à la date d'effet du contrat d'adhésion pour les participants présents à l'effectif ;
- à la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Pour ses éventuels bénéficiaires, les garanties prennent effet :

- à la date de prise d'effet de ses garanties, si leur affiliation est concomitante ;
- à la date de leur demande d'affiliation, si celle-ci est postérieure à la date d'affiliation du participant.

Cessation des garanties

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

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'entreprise adhérente ou, à l'expiration du dispositif de « portabilité » ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

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

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

Contrat collectif obligatoire

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

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Pour tout salarié le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée de son contrat de travail au sein de l'entreprise.

Cependant, le bénéfice des garanties du présent régime est suspendu de plein droit pour les salariés (et ses éventuels ayants droit) dont le contrat de travail est suspendu. Dans ce cas aucune cotisation n'est due pendant cette période. La garantie reprend effet dès la reprise de travail de l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Toutefois les garanties mises en place dans l'entreprise doivent être à minima maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, au profit des salariés (et ses éventuels ayants droit) dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire de l'employeur ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,

- ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

La contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève le salarié, doit être maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime.

Par ailleurs, dans les situations où il y a suspension du contrat de travail du participant, autres que celles citées ci-dessus (par exemple en cas d'un congé parental d'éducation, un congé de présence parentale, un congé de solidarité familiale, un congé pour création d'entreprise, un congé de formation), le salarié peut demander à titre individuel auprès de l'assureur à continuer de bénéficier du régime frais de santé (pour lui-même et ses éventuels ayants droit) pendant la durée de ce congé.

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance lors de son départ en congé ou en cas d'absence.

La cotisation totale (part patronale et salariale prévue pour le personnel en activité) est à la charge exclusive du salarié. Celui-ci doit verser directement sa cotisation à l'assureur. La cotisation est payable mensuellement à terme échu par le salarié selon les modalités fixées par l'assureur (prélèvements bancaires).

Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la première cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien de cette assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé,
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de cessation des garanties.

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

Les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'adhésion, bénéficient du maintien de ces garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime frais de santé ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Les participants bénéficiant du dispositif de portabilité bénéficient des garanties en frais de santé du contrat d'adhésion applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des participants en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions

Durée/Limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du participant et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant ne peut plus justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non - renouvellement ou résiliation du contrat collectif frais de santé.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

Formalités de déclaration

L'employeur et/ou le participant doivent :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail du participant ;
- informer l'Institution de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail du participant, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de Tiers Payant en cours de validité dans le cas où elles auraient été remises en format papier. Une nouvelle carte de Tiers Payant sera remise au participant pour la période de maintien des droits au titre de la portabilité.

Dès qu'il en a connaissance, le participant bénéficiant du dispositif de portabilité (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'Institution de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- l'impossibilité de justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- le décès du participant.

Modalités de poursuite du régime frais de santé en application des dispositions de l'article 4 de la « Loi Evin »

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de son décret n° 2017-372 du 21.03.2017, l'Institution propose, à titre individuel et facultatif, la poursuite de la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Toutefois, les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du dispositif de « portabilité », pourront en faire la demande dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de « portabilité ». La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'Institution.

L'Institution doit adresser la proposition de maintien de la couverture dans le cadre de l'article 4 Loi Évin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la « portabilité », ceci sous réserve que l'entreprise l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement des cotisations spécifiques, intégralement à la charge des intéressés et calculées dans le respect de la réglementation en vigueur.

- au profit des ayants droit du salarié décédé dans les conditions qui suivent. En cas de décès d'un salarié en activité ou bénéficiant du dispositif de « portabilité », ses ayants droit bénéficieront à titre gratuit du maintien de la couverture frais de santé, et ce pendant une période minimale de 12 mois courant à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès du salarié, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Ces ayants droit, devront remplir un bulletin d'affiliation.

La nouvelle affiliation prendra effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation, au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du participant et au plus tard au lendemain de la demande.

A l'issue de cette période de gratuité, sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément dans les 6 mois suivant l'issue de cette période, les ayants droit du salarié décédé pourront continuer à bénéficier d'un régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé moyennant paiement de la cotisation correspondante.

L'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de fin de la période de couverture à titre gratuit. La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

En cas de cessation des garanties collectives

Le participant et ses éventuels bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent leur être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du participant décédé.

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

Cotisations

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

Dispositions générales

Limites des garanties - Exclusions

Pendant la période de garantie, 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.

Sauf indication contraire aux conditions particulières du contrat d'adhésion, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-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 deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
 - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le bénéficiaire est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'Institution sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française et selon les garanties prévues au contrat ;
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ;
 - 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 au titre de la législation sur les pensions militaires ;
 - engagés au titre 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 ;
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
 - au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.
 - les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
 - la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la Santé publique ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- *montant minimum non pris en charge par l'Institution pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite
- les frais liés à l'application du coefficient de minoration prévu à l'article L. 322-5 du code de la Sécurité sociale résultant du refus par le bénéficiaire d'utiliser un transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionné, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus de ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'Institution seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'Institution.

Pour les frais conséquents à des 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 cette classification.

Pour les frais conséquents à des 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 dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au Code de la Santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'Institution se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

À l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de l'Institution.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'Institution ou produits spontanément par le bénéficiaire, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'Institution peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du bénéficiaire. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'Institution.

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

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le bénéficiaire doit transmettre à l'Institution une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Plafond des remboursements

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

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

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

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

Prescription

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, en ce qui concerne les frais de santé.

Toutefois, ce délai ne court :

—en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;

—en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'Institution à l'entreprise ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Institution, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

—la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Institution du droit de la garantie contestée ;

—l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;

—une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

Renseignements – Réclamations – Médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) :

- Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22,
- Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00.

Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'Institution) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat [le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s)-droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser :

- Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2ramondiale.fr ;
- Via l'espace client ;
- Par courrier à l'adresse suivante :
AG2R LA MONDIALE

TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX

- Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :
09 72 67 22 22 pour les entreprises,
09 69 32 20 00 pour les particuliers.

Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

L'Institution s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Institution, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> ;
- Par courrier à l'adresse suivante :
Médiateur de la protection sociale
10, Rue Cambacérès
75008 Paris

Ce recours est gratuit.

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

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

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

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

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

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

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

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'Institution est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

L'Institution ne sera tenue d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligée de payer aucune somme au titre du contrat d'adhésion dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à

une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'Institution serait réglementairement tenue de se conformer.

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise déclare et garantit à l'Institution qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Elle a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'Institution accessibles sur le site du Groupe AG2R LA MONDIALE ;
- Elle n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du contrat d'adhésion ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quelle qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Elle n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'entreprise ou de ses dirigeants ;
- Elle fournit toute assistance nécessaire à l'Institution pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Elle fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont traitées par l'Institution, membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution du contrat. Les données sont conservées jusqu'à la résiliation du contrat, puis conformément au délai de prescription en vigueur.

Elles sont également utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études pour mettre au point de nouvelles offres ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection commerciale ; ladite prospection commerciale, lorsqu'elle est réalisée par voie électronique, est assurée par le GIE AG2R et ses membres. Pour cette finalité, les données sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact du prospect avec l'Institution (*) ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies lors de la souscription ou l'exécution des contrats.

Enfin, les données sont utilisées afin de répondre à nos obligations légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées.

La liste des destinataires est détaillée dans la politique de protection des données personnelles accessible sur notre site internet.

En cas de transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure que le destinataire présente des garanties appropriées pour assurer une protection des données.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Ils détiennent également, sous certaines conditions, un droit à la portabilité de leurs données, un droit d'opposition et de limitation au traitement de celles-ci. En matière de prospection commerciale, ils peuvent s'opposer à tout moment et sans justification. Ils ont par ailleurs la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer

(DPO) via nos formulaires en ligne, par courriel à informatique.libertes@ag2ramondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.

Il est apporté la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS.

Il existe une liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>

Pour en savoir plus : <https://www.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats apportés par un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

Autorité de contrôle

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

Modalités de gestion

Affiliation

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

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

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

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

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

Les remboursements

Télétransmission

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

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

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

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

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

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

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

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

Demandes de remboursement

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

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

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

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

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

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

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

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

- en cas de demande de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique comprenant une monture et/ou des verres avant le délai de droit commun prévu par le cahier des charges du contrat responsable :
 - la nouvelle prescription médicale (verres et/ou monture) et la prescription médicale initiale (verres et/ou monture) comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue précisant la nouvelle correction,
 - la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
- la prescription médicale des lentilles de correction ;
- la photographie des emballages non ouverts de lentilles de correction ;
- la photocopie de la carte de vue délivrée par l'opticien.

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

Païement des prestations

Les prestations complémentaires sont réglées par virement sur le compte bancaire du participant, et le cas échéant, sur le compte bancaire du bénéficiaire dont les coordonnées bancaires ont été transmises à l'Institution. L'Institution adresse au participant un décompte détaillé des prestations complémentaires versées. Il est également possible de connaître la nature et le montant des prestations versées en se connectant à l'ESPACE CLIENT sur www.ag2ramondiale.fr/

Échanges dématérialisés

Définition

La dématérialisation des échanges entre l'Institution et le participant est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir de « l'Espace Client » du participant (Espace Client Salarié) qui est un espace en ligne sécurisé accessible depuis le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2ramondiale.fr/accueil/>) ;
- et/ou à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le participant (ou renseignée par le participant sur l'Espace Client le cas échéant).

Il appartient au participant d'aviser immédiatement l'Institution de tout changement d'adresse électronique.

Chaque participant éligible dispose d'un Espace Client disponible depuis le site internet du Groupe AG2R LA MONDIALE (<https://espace-client.ag2ramondiale.fr/accueil/>) auquel il accède de façon personnelle et sécurisée conformément aux indications mentionnées dans la notice d'information. Cet Espace client lui donne accès à des renseignements et documents dématérialisés relatifs à son adhésion au contrat, lui permettant notamment :

- de visualiser un extrait des garanties du contrat ;
- d'affilier ses ayants droit ;
- de consulter et télécharger la carte de tiers payant ;
- d'envoyer des devis et demandes de remboursement de soins.

Mise en œuvre et vérifications par l'Institution

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

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

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

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

Après les vérifications mentionnées ci-dessus, l'Institution peut mettre à disposition ou fournir au participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

Le participant déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'Institution sur support électronique sur le site internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'Institution.

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

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

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

Droit d'opposition du participant

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

Tiers payant

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

Cette carte peut être remise de façon dématérialisée.

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

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

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

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

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

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

Accords de prise en charge

En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné (uniquement), l'Institution délivre un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux engagés, y compris la chambre particulière

et le forfait hospitalier, selon les garanties souscrites. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge.

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

En matière d'optique

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

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

- en se connectant à l'ESPACE CLIENT sur www.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).

Il est également possible de reconnaître les opticiens partenaires à une signalétique figurant sur leurs vitrines.

Réseau ITELIS

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

Il est également possible de consulter la liste des professionnels agréés Itelis avec l'application mobile MA SANTÉ téléchargeable sur : www.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 restant à charge, il est préférable de faire établir un devis par le chirurgien-dentiste. Ce dernier l'envoie à l'Institution. En retour, il est notifié le montant de l'intervention complémentaire sur chaque acte dentaire.

Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

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

Professionnels de santé

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

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

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

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

Établissements de santé

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

Médecin traitant et correspondant

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

Parcours de soins coordonnés

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

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

Médecins non conventionnés

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

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

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

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

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

Participation forfaitaire / franchise médicale

Participation forfaitaire de 2 euros

Depuis le 15 mai 2024, cette participation forfaitaire de 2 euros est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

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

La participation forfaitaire de 2 euros n'est pas remboursée par l'organisme assureur complémentaire.

Forfait sur les actes dits « lourds »

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

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

Depuis le 31 mars 2024, le montant de la franchise est de :

1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;

1 € par acte paramédical ;

4 € par transport sanitaire.

Un plafond journalier est également prévu pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Depuis le 31 mars 2024, on ne peut pas déduire :

plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux ;

plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Les franchises ne sont pas remboursées par l'organisme assureur complémentaire.

Mes services

Pour créer votre espace client, rien de plus simple

Depuis le site ag2rlamondiale.fr ou en scannant le QR code :



- Dirigez-vous vers l'Espace Client.
- Cliquez sur « S'inscrire » puis sélectionnez votre profil et complétez vos données.
- Saisissez le numéro de contrat figurant sur votre carte de tiers payant ou votre certificat d'adhésion.
- Cliquez sur le lien présent dans l'email d'activation que vous recevrez à l'issue de votre inscription (vérifiez que celui-ci n'arrive pas dans vos courriers indésirables).

Découvrez notre application mobile « Côté santé »

Pour suivre rapidement vos dépenses de santé, AG2R LA MONDIALE a lancé l'application Côté santé. Elle regroupe au même endroit toutes les informations liées à la santé.

L'un des avantages de Côté santé est de pouvoir agréger l'ensemble des contrats santé des membres de votre famille pour assurer un suivi global de votre budget santé.

Côté santé est plus qu'une application de suivi des dépenses. Il est possible d'y déposer des justificatifs, d'envoyer des factures pour les remboursements, de demander l'analyse d'un devis, d'éditer la carte de tiers-payant ou encore d'envoyer les ordonnances à votre pharmacien.

Pour utiliser cette application, il suffit de la télécharger dès aujourd'hui sur l'App Store et sur Google Play. Saisissez ensuite l'identifiant et le mode de passe utilisés pour vous connecter aux espaces clients d'AG2R LA MONDIALE. Vous pouvez suivre immédiatement vos remboursements santé.

Découvrez notre application mobile « service client »

Nous vous proposons un service de relation client mobile « Service Client », avec des réponses aux questions les plus fréquentes (FAQ), les numéros de téléphone des différents services et des indications sur la disponibilité des centres de relation client.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html/

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

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr

Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

Nos conseillers sont là
pour échanger avec vous,
vous écouter et vous accompagner
dans vos choix.
www.ag2rlamondiale.fr

J'achète, je vends

Épargner et investir
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

Je prépare ma retraite

Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

Je suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE
et du GIE AG2R – 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270.



CG AG2R Prévoyance (07/2017) (Janvier 2026) - Pôle Contrats Chartres