



AG2R LA MONDIALE

Santé

Convention collective nationale de l'Industrie et des
services nautiques
[Brochure n°3187 - IDCC 3236]

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2026

Ensemble du personnel

Sommaire

Présentation	5
Régimes frais de santé.....	6
Régime conventionnel obligatoire	6
Régime surcomplémentaire obligatoire.....	12
Dispositions générales	17
Objet des garanties	17
Actes et frais garantis.....	17
Bénéficiaires des garanties	17
Affiliation des salariés.....	17
Début des garanties	17
Cessation des garanties.....	18
Maintien des garanties	18
Cotisations.....	20
Limites des garanties - Exclusions	20
Plafond des remboursements	21
Recours contre les tiers responsables	22
Territorialité.....	22
Prescription.....	22
Litiges judiciaires	23
Renseignements – Réclamations – Médiation.....	23
Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence	24
Autorité de contrôle	25
Modalités de gestion	26
Affiliation.....	26
Les remboursements.....	26
Échanges dématérialisés	27
Quelques informations utiles	30
Mes services	33
Pour créer votre espace client, rien de plus simple	33
Découvrez notre application mobile « Côté santé »	33
Découvrez notre application mobile « service client »	33
Annexe 1 – Extension aux ayants droit	34
Objet des garanties	34
Bénéficiaires des garanties	34
Début des garanties	34
Cessation des garanties.....	34
Annexe 2 – Maintien des garanties au titre de la Loi Évin.....	35
Annexe 3 – Dispositions communes aux ayants droit et aux Loi Évin.....	36
Cotisations.....	36
Indexation	36
Renonciation.....	36

Résiliations individuelles.....	37
Adhésion à distance	37
Adhésion suite au démarchage de l'assuré	38
Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels.....	40

Présentation

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

Cette garantie comprend :

- un régime conventionnel obligatoire pour le participant et facultatif pour ses ayants droit ;
- un régime surcomplémentaire obligatoire pour le participant et facultatif pour ses ayants droit si ces derniers sont affiliés au régime de base.

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 aider le salarié (ou l'ancien salarié en situation de portabilité) à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites. Celui-ci, dénommé « le participant » dans la présente notice, s'engage en cas d'existence d'ayants droit majeurs, à leur en remettre une copie s'ils sont bénéficiaires du contrat.

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

Régimes frais de santé

Régime conventionnel obligatoire

Garanties

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, 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.

DPTM = 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 effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (la valeur du PMSS se trouve 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			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		240 % 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	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	240 % BR 130 % BR	
Chambre particulière		1,5 % PMSS par jour, limité à 20 jours par année civile	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	130 % BR 100 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	130 % BR 100 % BR	

Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	130 % BR 100 % BR
Actes techniques médicaux (ATM)		
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR
Actes d'échographie (ADE)		
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Nutritionniste, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Crédit de 25 € par séance (limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire)	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR	
Forfait actes dits « lourds »		
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :		
► remboursés SS	100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS	100 % BR	
Matériel médical		
Orthopédie et autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (***) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR (**)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100 % BR	

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) 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).

(***) 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).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	170 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	170 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	170 % BR	
Inlay core	170 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	170 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	225 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 5 % PMSS par année civile et par bénéficiaire	
Parodontologie	Crédit de 5 % PMSS par an et par bénéficiaire	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Equipements de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements de classe A : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)		
Prestation 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 (classe A)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Equipements de classe B :		

Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres (Dont 100€ maximum pour la monture)
Equipements de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 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 antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + Crédit de 2 % PMSS par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 2 % PMSS par année civile

(*) Equipements 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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. Dans ce cas, 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.

(***) Equipements 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

Grille optique « Equipement de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par équipement (monture + 2 verres) (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	153 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	250€	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	153 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	153 €	
		SPH > 0 et S > + 6	250€	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	250€	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	250€	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	250€	
		SPH < à -4 ou > à + 4	250€	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	250€	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	250€	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250€	
		SPH > 0 et S > + 8	250€	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250€	

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
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

Régime surcomplémentaire obligatoire

Garanties

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime conventionnel obligatoire, 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.

DPTM = 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 effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (la valeur du PMSS se trouve à l'adresse internet :

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

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

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

€ = Euro.

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION
		CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+ 40 % BR
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 40 % BR + 50 % BR
Chambre particulière		+ 1,40 % PMSS par jour, limité à 20 jours par année civile
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		1 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	+ 30 % BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 70 % BR Néant
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 40 % BR Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 40 % BR Néant
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 20 % BR Néant
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Nutritionniste, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+ 5 € par séance (limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire)	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	+ 10 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	+ 10 % BR	
Médicaments :		
► non remboursés SS		
Médicaments prescrits non pris en charge par la SS	Crédit de 1 % PMSS par année civile	
Pharmacie (hors médicaments) :		
► non remboursée SS		
Pharmacie prescrite non prise en charge par la SS	Crédit de 1 % PMSS par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ 10 % BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres ^(**) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+ 10 % BR ^(*)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	+ 10 % BR ^(*)	

^(*) 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).

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

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
► Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+ 100 % BR dans la limite des HLF (**)	
Inlay core	+ 150 % BR dans la limite des HLF (**)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 100 % BR dans la limite des HLF (**)	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	+ 100 % BR	
Inlay core	+ 150 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 100 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 25 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	+ 7 % PMSS par année civile dans la limite de 3 implants par année civile	
Orthodontie	150 % BR	

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

(**) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Equipements de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Equipements de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 3 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 8 % PMSS par année civile	

(*) Equipements 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. Dans ce cas, la prise en charge au titre du présent régime de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B cumulé du régime complémentaire de Base et du présent régime correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A et des prestations versées au titre de la monture de classe B dans le cadre du régime complémentaire de base, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A et des prestations versées au titre des verres de classe B dans le cadre du régime complémentaire de base, pour les verres de classe B.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 de l'équipement optique 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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. Dans ce cas, 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 « Equipement de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par équipement (1 monture et 2 verres), dans la limite de 100€ pour la monture ^(*)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ^(*)	+ 255 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 330 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 255 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 255 €	
		SPH > 0 et S > + 6	+ 330 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 330 €	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 330 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 255 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 330 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 330 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 330 €	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 330 €	
		SPH > 0 et S > + 8	+ 330 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 330 €	

^(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

^(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable (dont celui de 100 € pour la monture) tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100 % TM
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	10 % PMSS

Dispositions générales

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.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, est bénéficiaire des garanties :

- le participant, assuré social, salarié de l'entreprise.

[Les ayants droit pourront être affiliés de manière facultative \(voir Annexe 1\).](#)

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

Affiliation des salariés

L'affiliation des salariés se matérialise au moyen d'un bulletin individuel d'affiliation fourni par l'Institution. Chaque salarié devra compléter et signer ce bulletin qui lui est remis via son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise sur le bulletin d'affiliation individuel).

Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires concernant notamment le salarié (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale ...).

Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'Institution retenue (procédure Noémie).

Ce bulletin devra être retourné accompagné de la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE ainsi que toute autre pièce mentionnée au bulletin individuel d'affiliation.

L'Institution se réserve le droit, à tout moment, de demander au participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte VITALE, avis d'imposition).

Début des garanties

- au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, pour tous les salariés visés au contrat d'adhésion et dont le contrat de travail est en cours à cette même date ;
- à la date d'entrée dans l'effectif de l'entreprise, pour tous les salariés relevant de la catégorie de personnel prévue au contrat d'adhésion, embauchés postérieurement à l'adhésion de l'entreprise.

Cessation des garanties

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité ;
- le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti,
- 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 le participant.

Contrat collectif obligatoire

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

Maintien des garanties

Pour tout assuré, le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail du participant. Cependant, le droit à garanties est suspendu de plein droit en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré. En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

La garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération

Toutefois, le présent régime et les cotisations salariales et patronales seront maintenues dans les mêmes conditions que lorsque l'assuré était en activité en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou versement d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou 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).

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération

Dans les autres cas que ceux cités ci-dessus, où il y a suspension du droit à garanties, l'assuré peut demander à titre individuel auprès de l'Institution à continuer de bénéficier du présent régime de frais de soins de santé pendant la durée de son congé.

L'employeur doit informer l'assuré par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance lors de son départ en congé. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité (part patronale et salariale). Celle-ci est à la charge exclusive de l'assuré qui doit verser directement sa cotisation à l'Institution, mensuellement à terme échu.

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 en cas de cessation des garanties.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir la garantie complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, le droit à garanties reprend dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

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

Les anciens participants 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 doit :

- 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. 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.

En cas de cessation des garanties

Le participant a la possibilité, ainsi que ses bénéficiaires, d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention ; les conditions en vigueur de ces garanties individuelles peuvent lui être communiquées sur simple demande.

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

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

Cotisations

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

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 ;
 - au titre de la législation sur les pensions militaires ;
 - 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'Institution ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

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

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

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'Institution à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'Institution est subrogée au participant 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.

Territorialité

Les salariés garantis exercent leur activité salariée dans le champ géographique d'application de la Convention Collective Nationale de l'industrie et des services nautiques.

Les prestations de l'Institution sont payées en euros.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du 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'adhérent 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.

Litiges judiciaires

Tout litige judiciaire relatif aux adhésions et aux prestations entre l'entreprise et/ou l'assuré et l'assureur est, de convention expresse entre les parties au contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de l'assureur.

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@ag2rlamondiale.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.ag2rlamondiale.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'Institution est soumise 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 au gestionnaire.

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 Institution (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 l'assuré à l'Institution.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale,
- et dans tous les cas :
- 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 prise en charge de frais au titre d'une des garanties Acupuncture / Ostéopathie / Chiropractie /
 - Ethioptie / Diététique / Nutritionniste / Psychomotricité / Psychologie, la note d'honoraires du praticien reconnu comme praticien par les annuaires professionnels, accompagnée de la facture acquittée et datée,
 - en cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance, avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant,
 - en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
 - 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...),

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 du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la Classification Commune des Actes Médicaux et la base de remboursement sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation, est tenu à la disposition de l'assuré sur simple demande.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

Païement des prestations

L'Institution procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

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.ag2rlamondiale.fr/

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par l'Institution, les prestations sont réglées dans un délai maximum de vingt jours.

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.ag2rlamondiale.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.ag2rlamondiale.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 annuaire.sante.ameli.fr

Participation forfaitaire / franchise médicale

Participation forfaitaire de 2 euros

À compter du 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'Institution 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'Institution 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).

À compter du 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. À compter du 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'Institution complémentaire.

Télésurveillance

L'article 36 de la Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale (« LFSS ») pour 2022 instaure la prise en charge des actes de télésurveillance médicale à compter du 1^{er} juillet 2022.

Le ticket modérateur est pris en charge au titre du contrat.

Contrat responsable – séances d'accompagnement réalisées par un psychologue

L'article 79 de la LFSS pour 2022 instaure la prise en charge, par l'Assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire, des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé.

Ces séances s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins coordonnés et doivent être réalisées par un psychologue ayant fait l'objet d'une sélection par l'Assurance maladie permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation. Ce professionnel doit être signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice.

Le nombre de séances prises en charge est limité au nombre de huit par année civile.

Cette mesure est effective à compter du 1^{er} avril 2022.

La prise en charge du ticket modérateur devient une obligation au titre du contrat responsable. Ainsi, le remboursement sera pris en charge au titre du contrat, si celui-ci est responsable.

Si le contrat est non-responsable, le ticket modérateur des séances de psychologues est pris en charge à la condition que la garantie souscrite couvre les actes d'auxiliaires médicaux.

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 le participant est couvert par un régime complémentaire de frais de santé responsable (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), celui-ci peut bénéficier des offres de soins « 100% santé ».

Celles-ci sont incluses dans les obligations du régime frais de santé et doivent être systématiquement proposées par l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

La liberté de choix du participant est néanmoins préservée puisqu'il conserve à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

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

Annexe 1 – Extension aux ayants droit

Objet des garanties

Faire bénéficier à la famille de prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité sociale française en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

| Les garanties sont identiques aux garanties du participant, moyennant le versement d'une cotisation spécifique.

Bénéficiaires des garanties

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

- le conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité ;
- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - les enfants de moins de 18 ans à charge de l'assuré ou de son conjoint ou de son concubin (lié par un Pacte ou non) au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
 - les enfants à charge jusqu'au 26^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, sous contrat de travail à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle,
 - quel que soit leur âge, les enfants en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime de base de l'assurance maladie.

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

Début des garanties

L'affiliation et les garanties prennent effet, à la date figurant sur la demande d'affiliation complète si celle-ci est communiquée au plus tard le 15 du mois qui suit celui de la date de prise d'effet demandée. Au-delà, elle prendra effet au plus tôt le premier jour du mois durant lequel l'Institution reçoit la demande d'affiliation.

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

Les bénéficiaires du participant visés au présent régime, qui n'ont pas été rattachés à celui-ci lorsque le participant y a été affilié, pourront y être rattachés postérieurement au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année.

Cette règle ne sera pas appliquée lorsque le participant justifie de l'une des modifications de situation familiale suivante : mariage, signature d'un Pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin signataire ou non d'un Pacte civil de solidarité, ou d'un enfant à charge.

Dans ces situations, l'affiliation du bénéficiaire concerné sera effective au 1^{er} jour du mois au cours duquel il acquiert cette qualité, sous réserve que le participant en effectue la demande dans les deux mois suivant la survenance de l'évènement susvisé.

Cessation des garanties

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion ;
- en cas de résiliation de la part du participant.

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 le participant demande la résiliation au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception.

| La résiliation par le participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires des garanties relevant de ce dernier.

Annexe 2 – Maintien des garanties au titre de la Loi Évin

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi Évin ») et de son décret d'application n° 2017-372 du 21 mars 2017, l'assureur propose, à titre individuel, la poursuite d'une 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, 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.

Les tarifs applicables aux anciens salariés visés ci-dessus seront déterminés dans le respect de la réglementation en vigueur.

- au profit des ayants droit du salarié décédé ou ancien salarié décédé bénéficiant du dispositif de portabilité, pendant une durée de 12 mois suivant le décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément dans les 6 mois suivant le décès.

Dans ce cas, les ayants droit du salarié ou ancien salarié décédé visés ci-dessous pourront continuer à bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé à titre gratuit.

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 ou ancien salarié décédé pourront continuer à bénéficier du 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 la fin de la période de couverture à titre gratuit.

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

Annexe 3 – Dispositions communes aux ayants droit et aux Loi Évin

Cotisations

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur le compte bancaire du participant.

En cas de non-paiement dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'Institution adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception au participant détaillant les conséquences du non-paiement, à savoir son exclusion du contrat. Si 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure la cotisation n'est toujours pas payée, l'Institution informe le participant de la cessation automatique de son adhésion au contrat et de celle de ses éventuels bénéficiaires, et ce, conformément aux dispositions de l'article L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Le participant est responsable du paiement des cotisations.

En toute hypothèse, les éventuels frais d'impayés pourront être imputés au participant.

Indexation

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

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

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

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

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

Renonciation

Toute demande d'affiliation s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 30 jours calendaires révolus qui suivent le jour où le participant est informé que l'adhésion a pris effet. Le délai expire le dernier jour à 24 heures. Si ce délai expire un samedi, dimanche, jour férié, ou chômé, celui-ci n'est pas prorogé.

En cas de modification apportée aux droits et obligations du participant, un nouveau délai de 30 jours court à compter de la remise de la notice au participant.

Ce droit à renonciation est pris en compte par l'Institution s'il lui est notifié par l'un des supports visés au paragraphe relatif aux Résiliations individuelles ci-avant. Dans ce cas, l'Institution est alors tenue de rembourser l'intégralité des cotisations versées par le participant dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification de la renonciation. En cas de renonciation survenant à la suite d'une modification apportée aux droits et obligations du participant, ce droit au remboursement des cotisations est limité à la période postérieure à la prise d'effet de la modification, le cas échéant.

Si des prestations ont été versées au participant au titre du contrat, celles-ci devront être remboursées par ce dernier à l'Institution en cas d'usage du droit de renonciation pour la période concernée.

Pour user de son droit de renonciation, le participant peut utiliser le modèle suivant :

« Madame, Monsieur,

Conformément à l'article L.932-15 du code de la Sécurité sociale me conférant un droit général à la renonciation dans les 30 jours suivant la date où j'ai été informé de la conclusion de mon adhésion au contrat [indiquer d'adhésion ou toute autre référence utile] ou de sa prise d'effet, ou encore de la modification apportée à mes droits et obligations, par la remise de la présente notice d'information, je vous informe que je renonce à mon adhésion et demande le remboursement intégral des sommes versées correspondant à ma situation (Soit depuis la prise d'effet de l'adhésion, soit depuis la prise d'effet de sa modification) dans un délai maximal de 30 jours, à compter de la date de réception de la présente lettre.

Résiliations individuelles

Résiliation annuelle à l'initiative du participant

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

- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'Espace client via le site www.ag2ramondiale.fr ;
- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2ramondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- soit par acte extrajudiciaire.

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

Résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant

La résiliation à l'initiative du participant 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'Institution en ait reçu notification.

En cas de résiliation à tout moment d'une affiliation dont les cotisations sont appelées par avance directement auprès du participant, ce dernier n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, l'Institution s'engage à rembourser le solde restant dû au participant 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 du participant lorsque celui-ci souscrit un nouveau contrat individuel ou adhère à un nouveau contrat collectif facultatif. Dans ce cas, le nouvel assureur du participant notifie, auprès de l'Institution, la résiliation du contrat du participant par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

L'Institution accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable au participant 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 participant qui peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire. La résiliation par un participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

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

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'Institution 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 ou de cotisation que l'Institution 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'Institution se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'Institution 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'Institution 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'Institution.

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'Institution 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'Institution 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'Institution est tenue 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 Conventionnel 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

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 CCN INDUSTRIE ET DES SERVICES NAUTIQUES (01/2026) - Pôle Contrats Chartres