

SANTÉ-FO SENIOR



viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

Exigez le meilleur
pour garantir l'essentiel...
votre santé

Santé-FO senior

Pour les retraités de l'UCR FO



Avec l'UCR-FO, bénéficiez d'une
protection complémentaire avec des
prestations et des services de qualité

www.sante-fo-senior.fr

Sommaire

Le mot de FO	4
AG2R LA MONDIALE/VIASANTÉ Mutuelle	7
Pour vous	8
Les garanties du contrat	9
Conseils pratiques pour prendre soin de votre santé	16
Remboursement : mode d'emploi	19
Le tiers payant	25
Que faire en cas de changement de situation ?	27
Les services en 1 clic	30
Services +	32
Action sociale VIASANTÉ Mutuelle	38
Lexique	39

Ce document est une plaquette d'information
n'ayant pas de valeur contractuelle.

Le mot de FO...



Chers camarades,

FORCE OUVRIÈRE a créé l'Union Confédérale des Retraités FO parce que le militantisme n'a aucune raison de s'arrêter à la retraite. On peut défendre la République sociale, la protection sociale et les revendications même après avoir liquidé ses droits à la retraite.

L'UCR-FO veut se renforcer et développer son réseau de militants et d'adhérents. Or, nous constatons que, si nous vivons de plus en plus vieux grâce à la médecine et la sécurité sociale, nos ressources n'évoluent pas comme nous le voudrions alors que nos besoins évoluent. Ainsi, lors du passage à la retraite, de nombreux assurés changent de mutuelle santé.

Une des causes majeures de cette situation est l'impact lors du passage à la retraite, de la hausse des cotisations, pour les titulaires d'un contrat collectif, due à la perte du tarif de groupe avec la participation de l'employeur. Ajoutons à cela que beaucoup de salariés des petites entreprises n'ont pas de protection complémentaire de groupe et que la baisse du pouvoir d'achat conduit un nombre de plus en plus important de retraités à faire le sacrifice d'une protection mutualiste.

Par ailleurs, les besoins des retraités changent avec l'âge et les mutuelles de groupes ne sont plus forcément adaptées aux retraités.

Pour toutes ces raisons, l'Union Confédérale des Retraités FO met en place une couverture complémentaire santé adaptée aux besoins des retraités.

"Santé-FO Senior" s'adresse à tous les retraités de FO qui ne sont pas couverts par une mutuelle santé ou qui ne sont pas satisfaits de leur contrat actuel. Cette mutuelle est facultative et accessible à tout adhérent entrant dans le champ d'application des statuts de l'Union Confédérale des Retraités FO. Cette couverture leur permettra d'accéder sans délai à des garanties, sans considération d'état de santé, afin de poursuivre un objectif de solidarité et un principe d'égalité de traitement en bénéficiant d'une complémentaire santé complète et de qualité.

La construction de cette protection sociale complémentaire au niveau de la Confédération va faciliter son pilotage et lui confère plus de stabilité et de performance. Nos adhérents retraités bénéficieront d'un accompagnement complet dans la gestion administrative de leurs couvertures, de prestations performantes à un tarif négocié, d'améliorations régulières des prestations du régime. Ils accèderont, par ailleurs, à des services tels que des actions de prévention santé, l'accès au tiers-payant qui les dispense d'avancer de l'argent pour certaines prestations, de remboursements express et de services en ligne et de multiples services+ pour suivre et prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches.

Toutes ces informations sont disponibles sur le site www.sante-fo-senior.fr. Vous pourrez y télécharger les documents pour adhérer à cette offre sur mesure.

Pour les adhérents de l'UCR-FO, nous avons choisi AG2R LA MONDIALE pour mettre en place ce contrat. Les relais régionaux des directions d'AG2R LA MONDIALE avec nos Unions Départementales de retraités mettront tout en œuvre pour accompagner vos demandes et répondre à vos besoins.

Yves Veyrier - Président de l'UCR-FO



AG2R LA MONDIALE

Né de l'union de deux Groupes Mutualistes et Paritaires partageant les mêmes valeurs, AG2R LA MONDIALE fait partie des principaux groupes français d'assurance de protection sociale et patrimoniale.

Depuis plus de 60 ans, nous accompagnons particuliers et entreprises avec aujourd'hui plus de 15 millions de personnes assurées.

Au quotidien, nous innovons et nous nous engageons dans tous les domaines de l'assurance de personnes et de la protection sociale. 1^{er} assureur paritaire de personnes en France, notre Groupe est géré par près de 1000 administrateurs nationaux et régionaux.

Vous trouverez dans ce Carnet de Bienvenue toutes les informations pratiques relatives à votre complémentaire santé ainsi que tous les numéros de téléphone et les sites internet pour y accéder facilement.

VIASANTÉ, LA MUTUELLE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE

Forte de ses origines locales, VIASANTÉ Mutuelle concilie envergure nationale et relation de proximité : elle est la mutuelle nationale du groupe AG2R LA MONDIALE, acteur majeur de la protection sociale en France avec qui elle partage les mêmes valeurs de solidarité et de relation humaine. Avec 2 200 conseillers répartis sur le territoire national, elle dispose d'un fort maillage territorial pour accompagner ses adhérents au plus près de leurs besoins.



Les garanties du contrat

1. COMMENT LIRE VOS GARANTIES ?

LES SIGLES :

- BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
- FR : Frais réels
- TM : Ticket modérateur = différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le Montant remboursé par la Sécurité sociale
- PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (3377 € en 2019)
- SS : Sécurité sociale
- MR : Montant remboursé
- ADC : Actes de chirurgie
- ADA : Actes d'anesthésie
- ATM : Actes techniques médicaux
- DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ADE : Actes d'échographie
- PLV : Prix limite de vente
- HLF : Honoraires limite de facturation

LES POURCENTAGES DE BR (EX : « 100 % BR », « 200 % BR »...)

Votre contrat santé vous rembourse sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. La Base de remboursement est un tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Ainsi, quelles que soient vos dépenses, la Sécurité sociale et votre complémentaire vous remboursent sur la base de ce tarif, et non sur vos dépenses réelles. Selon le type de consultation, d'acte, de produit, ou de prestation médicale, la Sécurité sociale vous rembourse (en secteur conventionné) entre 80 %, 60 % et 15 % de la BR (base de remboursement), et votre contrat santé le complément. Pour les consultations et les analyses de biologie médicale, il faut soustraire 1€ de participation forfaitaire, qui ne peut être pris en charge ni par la Sécurité sociale, ni par votre complémentaire dans le cadre du contrat responsable.

LES REMBOURSEMENTS FORFAITAIRES

Pour certaines prestations, votre tableau de garanties indique des montants forfaitaires annuels en euros ou exprimés en pourcentage de PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale). Dans ces cas, le calcul de remboursement s'effectue de la manière suivante :

- Pour une dépense santé, la Sécurité sociale vous rembourse une somme appelée le MRSS (montant remboursé par la Sécurité sociale),
- Votre contrat santé la complète jusqu'à hauteur de la somme garantie, dans la limite des frais engagés.

Si la dépense est inférieure à la somme garantie ajoutée au MR, vous serez intégralement remboursé et il vous restera une partie de ce crédit annuel qui pourra être utilisé pour le remboursement de vos nouvelles dépenses.

Pour vous

UN SITE DÉDIÉ : www.sante-fo-senior.fr

Ce site vous permet d'accéder à toute l'information en matière de prestations et de services associés au contrat complémentaire de frais de santé. Vous pourrez y télécharger tous les supports pour adhérer à cette offre sur mesure.

UN SERVICE CLIENT À VOTRE ÉCOUTE :

Une plate-forme de conseils et d'accompagnement pour votre contrat santé
0969 32 2000 (appel non surtaxé)



HOSPITALISATION	
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Frais de séjour	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires Actes de chirurgie (ADC) Honoraires Actes d'anesthésie (ADA) Honoraires Actes techniques Honoraires médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : 200 % BR Non adhérents DPTM : 180 % BR
Chambre particulière	6 % PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	6 % PMSS par jour
TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Remboursé SS Transport	100 % BR
SOINS COURANTS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux Remboursés SS	
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : 200 % BR Non adhérents DPTM : 180 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : 200 % BR Non adhérents DPTM : 180 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : 200 % BR Non adhérents DPTM : 180 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : 200 % BR Non adhérents DPTM : 180 % BR
Non remboursés SS Densitométrie osseuse	Crédit de 100 € par année civile et par bénéficiaire

Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	1 % PMSS par séance limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire
Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire Analyses et examens de biologie médicale, remboursés SS	200 % BR
Médicaments Remboursés SS	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) Remboursée SS	100 % BR
Non remboursée SS Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % BR
Matériel médical Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditifs, dentaires et d'optique)	180 % 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
JUSQU'AU 31/12/2020	
Aides auditives Remboursées SS	
Aides auditives	180 % BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	100 % BR

A COMPTER DU 01/01/2021	
Équipements 100 % Santé (**)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire (***)	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV.
Aides auditives pour les personnes jusqu'à 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) (***)	
Équipements libres (****)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire (***)	180 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'à 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) (***)	100 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	100 % BR

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

(**) 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.

DENTAIRE

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ
Soins et prothèses 100 % Santé (*)	
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses	
Prothèses	
Panier maîtrisé (**)	
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF et dans la limite d'un crédit global ⁽¹⁾
Inlay core	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier libre (***)	
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF et dans la limite d'un crédit global ⁽¹⁾
Inlay core	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	200 % BR
Autres actes dentaires	
Remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	250 % BR
Actes dentaires	
Non remboursés SS	
Orthodontie	250 % BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	300 % BR dans la limite des HLF et dans la limite d'un crédit global ⁽¹⁾

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

(1) Les niveaux d'indemnisations sont limités à 1 crédit global de 100 € par an et par bénéficiaire. A l'épuisement de ce crédit les postes « inlays onlays, prothèses dentaires » remboursées par la SS et « inlays core » sont pris en charge à hauteur de 125 % BR.

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ
Équipements 100 % Santé (*)	
Monture de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Monture de Classe A : Enfant - de 16 ans (**)	
Verres de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	
Verres de Classe A : Enfant de - 16 ans (**)	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	

Supplément pour verres avec filtres de **Classe A**

RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV

Équipements libres (***)

Monture de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100€ (RSS inclus)
Monture de Classe B : Enfant - de 16 ans (**)	100€ (RSS inclus)
Verres de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE ci-après en fonction des types de verres
Verres de Classe B : Enfant de - 16 ans (**)	

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 ou refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	100 % BR + Crédit de 4 % PMSS sur 2 années civiles consécutives (****)
Chirurgie réfractive (Myopie)	10 % PMSS par oeil , par année civile et par bénéficiaire

(****) La prise en charge à « 100 % de la BR » en complément du crédit ne concerne que les lentilles acceptées par la SS.

GRILLE OPTIQUE « VERRES DE CLASSE B »

VERRES UNIFOCAUX / PROGRESSIFS / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en % du PMSS inclus par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	3,5 % PMSS	2 % PMSS
		SPH < à - 6 ou > à + 6	3,5 % PMSS	2 % PMSS
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	3,5 % PMSS	2 % PMSS
		SPH > 0 et S ≤ + 6 SPH > 0 et S > + 6 SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	3,5 % PMSS 3,5 % PMSS 3,5 % PMSS 3,5 % PMSS	2 % PMSS 2 % PMSS 2 % PMSS 2 % PMSS
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	4,5 % PMSS	2,5 % PMSS
		SPH < à - 4 ou > à + 4	4,5 % PMSS	2,5 % PMSS
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	4,5 % PMSS	2,5 % PMSS
		SPH > 0 et S ≤ + 8 SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 SPH > 0 et S > + 8 SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	4,5 % PMSS 4,5 % PMSS 4,5 % PMSS 4,5 % PMSS	2,5 % PMSS 2,5 % PMSS 2,5 % PMSS 2,5 % PMSS

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique	
Remboursée SS	
Frais de traitement et honoraires	10 % PMSS par bénéficiaire
Frais de voyage et hébergement	
Garantie Assistance	OUI

EXEMPLES

Législation en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Nature des frais	Frais réels	Base de remboursement	Remboursements		Reste à votre charge
			Sécurité sociale	VIASANTÉ Mutuelle ⁽¹⁾	
Spécialiste conventionné ⁽²⁾	45€	25€	16,50€ ⁽³⁾	27,50€	1€
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale ^{(A)(B)}	450€	107,50€	75,25€	247,25€	127,50€

(1) Dans la limite des frais réels restant à charge. (2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin correspondant de secteur 2 (à honoraires libres), sur avis du médecin traitant. (3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1€ laissée à votre charge (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).

(A) À compter du 1^{er} avril 2019 : hausse des BR* des soins conservateurs, diminution de la BR des inlays-cores, création d'une BR pour les couronnes transitoires des classes I à III. Instauration de prix limites de vente fixés aux professionnels de santé sur les prothèses dentaires des classes I et II. (B) Au 1^{er} janvier 2020 : hausse des BR* des couronnes.

(C) Hausse des BR* des appareils auditifs de la classe I et II et mise en place progressive de prix limites de vente dès le 1^{er} janvier 2019 pour la classe I. (D) Revalorisation des bases de remboursement pour la classe A. Plafond de remboursement des montures abaissé de 150€ à 100€ en 2020 (contrats responsables) et diminution des BR pour la classe B.

1. LES COTISATIONS SONT LES SUIVANTES DU 1^{ER} JANVIER AU 30 JUIN 2020 (Y COMPRIS CMU ET TAXE TSCA, RÉGIME GÉNÉRAL)

Par adulte** :

- Retraités de moins de 60 ans : 2,279 % du PMSS* (78,12€/mois)
- Retraités de 60 à 65 ans : 2,636 % du PMSS* (90,35€/mois)
- Retraités de 66 à 70 ans : 3,362 % du PMSS* (115,23€/mois)
- Retraités de 71 à 75 ans : 3,990 % du PMSS* (136,75€/mois)
- Retraités de 76 à 80 ans : 4,458 % du PMSS* (152,81€/mois)
- Retraités de plus de 80 ans : 4,766 % du PMSS* (163,34€/mois)

Par enfant :

- Enfant à charge : 0,900 % du PMSS* (30,81€/mois)

*PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 428€ au 1^{er} janvier 2020)

Les cotisations du contrat, qui sont exprimées en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), évoluent en fonction de l'augmentation du PMSS. Elles peuvent, de même, être indexées en fonction de la législation et des conditions contractuelles.

** L'âge est déterminé par différence entre l'année de demande d'adhésion et l'année de naissance.

EXEMPLES

- Vous êtes né le 10 novembre 1954. Si vous adhérez le 01/03/2020, votre âge à l'adhésion est considéré comme étant de 66 ans du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.
- Vous êtes né le 3 février 1979. Si vous adhérez le 01/03/2020, votre âge à l'adhésion est considéré comme étant de 41 ans du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

2. SONT ASSURÉES AU TITRE DE LA PRÉSENTE GARANTIE LES PERSONNES SUIVANTES QUI S'AFFILIENT DE MANIÈRE FACULTATIVE POUR ELLES-MÊMES ET LES BÉNÉFICIAIRES CI-APRÈS DÉFINIS

Sont bénéficiaires des garanties du contrat sous réserve du paiement de la cotisation :

- Vous-même, adhérent de l'UCR FO et assuré social, dénommé « Adhérent », retraité.
- Votre conjoint*** (adhérent de l'UCR FO ou non, salarié ou non), ou votre concubin*** au sens de l'article 515-8 du code civil (adhérent de l'UCR FO ou non, salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec vous.
- Les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou de votre conjoint ou de votre concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale.
- Les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité), à charge au sens de la législation fiscale, quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus imposables.
- Toute personne à votre charge, au sens des assurances sociales.

Les personnes visées ci-dessus, qui n'ont pas été rattachées au présent contrat lorsque vous y avez adhéré, pourront être rattachées postérieurement au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année.

*** Pour les conjoints(es) ou concubins(ines) qui ne sont pas retraités, la cotisation choisie sera en fonction de son âge.



Conseils pratiques pour prendre soin de votre santé

1. LE PARCOURS DE SOINS

◊ QU'EST-CE QUE LE PARCOURS DE SOINS ?

Le parcours de soins est un circuit que vous devez respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans. Vous êtes considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés si :

- Vous avez déclaré votre médecin traitant auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- Vous consultez votre médecin traitant ou son remplaçant en première intention.
- Vous consultez un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de votre médecin traitant.

◊ QUI EST LE MÉDECIN TRAITANT ?

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

◊ QU'EST CE QU'UN MÉDECIN CORRESPONDANT ?

Votre médecin traitant peut vous orienter vers un autre médecin. Ce dernier est alors appelé « médecin correspondant ». Deux situations peuvent se présenter.

Votre médecin traitant vous oriente soit :

- Vers un autre médecin pour des soins réguliers (exemple : un cardiologue), on parle alors de suivi régulier,
- Vers un spécialiste pour un avis ponctuel.

◊ QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE UN MÉDECIN EN SECTEUR 1 ET UN MÉDECIN EN SECTEUR 2 ?

SECTEUR 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » : il applique un tarif fixe, dit « conventionnel ».

EXEMPLE (AU 01/01/2020) : 25 € chez le généraliste. Pour le spécialiste, deux cas de figure : adressé par votre médecin traitant vous payez 28 €. Hors du parcours de soins coordonnés, il pourra vous demander jusqu'à 33 € pour une consultation.

SECTEUR 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné, honoraires libres » : il fixe lui-même ses tarifs, en ajoutant un dépassement d'honoraires au tarif conventionnel. La Sécurité sociale rembourse l'assuré sur la base du secteur 1.

◊ COMMENT CHOISIR ET DÉCLARER SON MÉDECIN TRAITANT ?

Vous avez le libre choix de votre médecin traitant. Il peut être votre médecin de famille ou un autre médecin, généraliste ou spécialiste, conventionné ou non. L'essentiel étant de privilégier le médecin qui vous connaît le mieux.

Une fois que vous avez choisi votre médecin traitant, remplissez avec lui le formulaire de « Déclaration de choix du médecin traitant » (formulaire n°S3704). Envoyez ensuite ce formulaire à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Vous pouvez télécharger le formulaire sur le site internet de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr

◊ QUE SE PASSE-T-IL LORSQUE JE TOMBE MALADE LOIN DE CHEZ MOI ?

Le système du médecin traitant prévoit que dans les cas d'urgence, ou si vous êtes en vacances, il sera possible de consulter un autre médecin, sans pénalité. Même chose si c'est votre médecin qui est en vacances.

◊ QUE SE PASSE-T-IL SI JE SUIS HORS PARCOURS DE SOINS ?

Vous êtes hors du parcours de soins coordonnés si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci. Vous serez moins remboursé par l'Assurance Maladie (30 % de la base de remboursement au lieu de 70 % dans le cadre d'un parcours de soins).

◊ QU'EST CE QUE L'OPTAM ET L'OPTAM-CO ?

L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins) depuis le début de l'année 2017. Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

2. LE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE

◊ QU'EST CE QU'UN CONTRAT RESPONSABLE ?

Dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie de 2004, les contrats complémentaires santé responsables ont été instaurés pour accompagner le dispositif du parcours de soins. L'objectif est de « responsabiliser » les patients et leur complémentaire santé. Ce présent contrat est un contrat responsable.

Un contrat responsable doit respecter un certain nombre de conditions :

- Il ne peut pas compenser la baisse de remboursement de 40% hors parcours de soins.
- Il ne peut pas rembourser les 8 premiers euros de dépassements d'honoraires du médecin consulté sans orientation préalable du médecin traitant.
- Il ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1€ sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses (depuis le 1^{er} janvier 2005, cette somme à la charge des assurés, est déduite des remboursements de l'Assurance Maladie).
- Il ne prend pas en charge la franchise (depuis le 1^{er} janvier 2008) de :
 - 0,50€ par boîte de médicaments (à l'exception des médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation).
 - 0,50€ par acte effectué par un auxiliaire médical.
 - 2€ par transport sanitaire.

◊ LES PRISES EN CHARGE D'UN CONTRAT RESPONSABLE

Un contrat responsable incite à respecter le parcours de soins coordonnés (dispositif du médecin traitant) et vise à responsabiliser les patients et les opérateurs du marché de la complémentaire santé pour **une meilleure prise en charge et limiter les dépassements d'honoraires.**

Il doit, de ce fait, respecter un certain nombre de règles concernant les prises en charges minimales et maximales.

◊ ÉVOLUTION DES GARANTIES EN 2016

Le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 a modifié les critères du contrat responsable en instaurant des nouveaux plafonds et plafonds de garanties pour les contrats d'assurance complémentaire de santé. Le contrat responsable bénéficie de la Taxe Solidarité Additionnelle (TSA) à taux réduit de 13,27% au lieu de 20,27%.

Pour répondre aux nouvelles dispositions réglementaires du contrat responsable, vos garanties ont évolué à compter du 1^{er} janvier 2016 de la manière suivante :

- le forfait journaliser hospitalier est pris en charge sans limitation de durée,
- les éventuels délais d'attente appliqués sont supprimés,
- les prises en charge des honoraires des médecins seront différenciées selon qu'ils adhèrent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Pour savoir si votre médecin est adhérent, rendez-vous sur www.ameli.fr.

◊ RÉFORME 100% SANTÉ

L'objectif ?

Proposer aux assurés des paniers de soins de qualité pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Les contrats responsables souscrits ou renouvelés à compter de 2020 sont mis en conformité avec la nouvelle réglementation.

Les postes concernés ?

Optique (verres et montures), prothèses dentaires et auditives.

Quand ?

Mise en place progressive entre 2019 et 2021.



Remboursement : Mode d'emploi

1. QUE FAIRE SI...

? J'AI REÇU MON DÉCOMPTÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. DOIS-JE L'ENVOYER À AG2R LA MONDIALE ?

Non : Lorsque votre décompte comporte un message vous indiquant que le dossier a été télétransmis.

Oui : Lorsque aucun message ne figure sur votre décompte.

? J'AI DÉJÀ PAYÉ LES SOINS. DOIS-JE ENVOYER MA FACTURE À AG2R LA MONDIALE ?

(Frais de santé remboursés par l'Assurance Maladie) :

◊ HÔPITAL

Oui : Pour des soins en établissement public, vous devez nous envoyer la facture originale acquittée ou l'avis des sommes à payer, ainsi que l'attestation de paiement remise par la Trésorerie.

Pour les soins en clinique privée, vous devez nous envoyer l'exemplaire original du bordereau de facturation « destiné à l'assurance maladie complémentaire » en même temps que les factures de dépassements d'honoraires éventuels remises par les praticiens, à l'adresse : Centre de gestion AG2R LA MONDIALE - TSA 71012, 69303 LYON Cedex 07

► MÉDECIN, KINÉSITHÉRAPEUTE, INFIRMIER, LABORATOIRE, ETC.

Non : Vous bénéficiez du tiers-payant. Notre remboursement interviendra sur information de votre régime de base.

► OPTICIEN OU CHIRURGIEN-DENTISTE

Non : Mais éventuellement, si nous avons besoin de la facture, nous vous la demanderons.

► LENTILLES

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée ainsi qu'une copie de la prescription médicale (gardez l'original pour le renouvellement de vos lentilles). La prescription doit dater de moins de 12 mois pour un premier remboursement.

► ORTHODONTIE REFUSÉE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée à la fin de chaque phase de traitement. Elle doit comporter le n° du semestre concerné, les dates de début et de fin du semestre et la cotation Sécurité sociale.

► ACTES DENTAIRES (PARODONTOLOGIE)

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée.

► MÉDECINES DOUCES

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée par le praticien qui, s'il n'est pas médecin ou kinésithérapeute, doit appartenir à un syndicat ou une association de professionnels agréés dans la spécialité concernée (ostéopathie, chiropractie, diététique).

2. EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS AU 1^{er} JANVIER 2020

Vous suivez le parcours de soins et vous consultez votre médecin traitant
Dans les exemples ci-dessous, la participation forfaitaire de 1€ qui est à la charge de chaque assuré est déduite du montant des remboursements de la Sécurité sociale (Ss).
Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, le taux de remboursement de la Ss est de 70%. Par conséquent, le calcul est = 70% x 25€ = 17,50€ - 1€ = 15,50€

► GÉNÉRALISTE (ADHÉRENT OPTAM)

Votre médecin exerce en Secteur 1
Coût de la consultation : 25€
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : 25€
Taux de remboursement de la Sécurité sociale : 70% BR
Participation forfaitaire au titre d'un contrat responsable : 1€

EXEMPLE

Consultation		25,00 €
Remboursement de la Sécurité sociale	70% du BR** = 25 x 70% = 17,50€ - 1€* =	16,50 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	130% BR**	7,50 €

Total remboursé : 24 €
Reste à votre charge 1 € (y compris la participation forfaitaire de 1€ au titre des contrats responsables)

* Participation forfaitaire au titre du contrat responsable

** Dans la limite des frais engagés (y compris SS)

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2019. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

► GÉNÉRALISTE (ADHÉRENT OPTAM)

Votre médecin exerce en Secteur 2, honoraires libres
Coût de la consultation : 40 €
Base de remboursement Ss (BR) : 25€
Taux de remboursement de la Sécurité sociale : 70% BR
Participation forfaitaire au titre d'un contrat responsable : 1€

EXEMPLE

Consultation		40,00 €
Remboursement de la Sécurité sociale	70% du BR** = 25 x 70% = 17,50€ - 1€* =	16,50 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	130% BR**	22,50 €

Total remboursé : 39 €
Reste à votre charge 1 € (y compris la participation forfaitaire de 1€ au titre des contrats responsables)

* Participation forfaitaire au titre du contrat responsable ** Dans la limite des frais engagés (y compris Ss)

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2020. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

VOUS CONSULTEZ UN SPÉCIALISTE

Dermatologue

Coût de la consultation : 50 €

Base de remboursement Ss (BR) : 25 €

Taux de remboursement de la Sécurité Sociale : 70 % BR

Participation forfaitaire au titre d'un contrat responsable : 1 €

EXEMPLE

Consultation		50,00 €
Remboursement de la Sécurité sociale	70 % du BR** = 25 x 70 % = 17,50€ -1€* =	16,50 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	130 % BR**	32,50 €

Total remboursé : 49 €

Reste à votre charge 1€ (y compris la participation forfaitaire de 1€ au titre des contrats responsables)

* Participation forfaitaire au titre du contrat responsable ** Dans la limite des frais engagés (y compris Ss)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2020. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

AUTRES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dentiste

Pose d'une couronne remboursée par la Sécurité sociale

Coût de la couronne : 450 €

Base de Remboursement Ss (BR) d'une couronne (SPR50) : 107,50 €

Remboursement de la Sécurité sociale : 75,25 €

Voir renvoi (A) page 14.

EXEMPLE

Coût couronne		450,00 €
Remboursement de la Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	300 % BR** - Rbt SS = 322,50 € - 75,25 € = 247,25 €	247,25 €

Total remboursé : 322,50 €

Reste à votre charge 450 € - (75,25 € + 247,25 €) = 127,50 €

** Dans la limite des frais engagés (y compris Ss)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2020. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Dentiste

Traitement d'une carie par une obturation 2 faces

Coût du traitement : 28,92 €

Honoraires (opposables, sans dépassement possible)

Base de Remboursement Sécurité sociale 28,92 €

EXEMPLE

Coût consultation		28,92 €
Remboursement de la Sécurité sociale	= 28,92 x 70 % = 20,24 €	20,24 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	200 % BR** - 70 % BR = 8,68 €	8,68 €

Total remboursé : 28,92 €

Reste à votre charge 0 €

** Dans la limite des frais engagés (y compris SS)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2020. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Opticien

Paire de lunettes avec des verres simples (myope, hypermétrope, astigmate par exemple).

Coût équipement optique classe A : 125 €

Voir renvoi (D) page 14.

Coûts		125,00 €
Remboursement de la Sécurité sociale		22,50 €
Remboursement de la Complémentaire Santé		102,50 €

Total remboursé : 125 €

Votre paire de lunettes est intégralement prise en charge

*** Dans la limite des frais engagés
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2020. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

3. LES MODES DE PAIEMENT

Mode de paiement	Edition et envoi des décomptes	Déclenchement du paiement
Virement	Inférieur à 7,62 euros • 30 jours ou lors du paiement du dossier suivant Supérieur à 7,62 euros • immédiat	Immédiat
Chèque	Inférieur à 7,62 euros • 30 jours ou lors du paiement du dossier suivant Supérieur à 7,62 euros • immédiat	En même temps que le décompte
Virement ou chèque inférieur à 1,52 euros	Regroupement avec le dossier suivant	Regroupement avec le dossier suivant



Le tiers-payant

Le tiers-payant est un dispositif qui permet aux assurés de ne pas avancer les frais de santé. Il est actuellement pratiqué par 130 000 professionnels de santé, dont les pharmaciens et les opticiens.

UN DÉPLOIEMENT PROGRESSIF

◊ DÉCEMBRE 2016

Les personnes couvertes à 100% par le régime obligatoire (femmes enceintes et patients atteints d'une affection de longue durée (ALD)) ont droit au tiers-payant.

◊ JANVIER 2017

Les Français bénéficient du tiers-payant, sur demande, pour la part prise en charge par l'Assurance maladie. Les médecins peuvent proposer le tiers-payant sur la part complémentaire, s'ils signent un contrat avec les organismes de complémentaire santé. Ces derniers appliquent le tiers-payant à leurs adhérents dans le cadre des contrats responsables.

► NOVEMBRE 2017

Le gouvernement a fait voter un amendement, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2018, pour supprimer l'obligation de généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population.

NOTRE SERVICE TRANSPARENCE DENTAIRE : ESTIMATION DE VOS REMBOURSEMENTS

Avant tout engagement, il est conseillé de demander un devis détaillé à votre praticien. Un devis dentaire est disponible en téléchargement sur votre espace client.

Vous adressez à votre centre de gestion le devis complété, pour connaître le montant du remboursement et de votre reste à charge. Vous pouvez également faire votre demande directement en ligne et connaître le montant de vos remboursements plus rapidement.



Que faire en cas de changement de situation ?

? J'AI DÉMÉNAGÉ. COMMENT PUIS-JE VOUS COMMUNIQUER MA NOUVELLE ADRESSE ?

- Par internet à partir de votre espace client. Il vous est possible de modifier votre adresse postale et e-mail en ligne. L'accès à ce service nécessite une inscription préalable. Celle-ci est gratuite et sans aucune obligation.
- Par téléphone au Service client. La demande doit être faite directement par le souscripteur du contrat.
- Par courrier à l'adresse mentionnée sur votre certificat d'adhésion.

? J'AI CHANGÉ DE BANQUE. COMMENT COMMUNIQUER MES NOUVELLES COORDONNÉES BANCAIRES ?

Pour le remboursement de vos prestations, vous pouvez définir un RIB par bénéficiaire. Par contre, pour le paiement des cotisations, il ne peut y avoir qu'un RIB par contrat. Vous pouvez effectuer le changement par courrier, e-mail ou téléphone.

- Dans le cas du courrier ou de l'e-mail :
 - Joindre une copie du nouveau RIB.
 - Préciser si le changement de coordonnées bancaires concerne les cotisations et/ou les remboursements.

La demande doit être faite directement par le souscripteur du contrat.

? JE SOUHAITE INSCRIRE OU RETIRER UN BÉNÉFICIAIRE DE MON CONTRAT... QUE DOIS-JE FAIRE ?

- Pour inscrire un bénéficiaire : 2 possibilités :
 - Contactez notre Service client
 - Envoyez-nous un e-mail à l'adresse mentionnée sur votre carte d'adhésion. Merci de préciser dans votre message le nom, prénom, la date de naissance et le numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire.

- Pour résilier un bénéficiaire :

La résiliation n'est possible que par courrier en nous le renvoyant à l'adresse figurant sur votre certificat d'adhésion, en mentionnant le bénéficiaire concerné et la date à laquelle vous souhaitez le résilier. À titre de preuve, nous vous conseillons de l'envoyer en lettre recommandée avec accusé de réception (pour plus de précision voir la notice d'information).

? JE SOUHAITE CHANGER DE FORMULE DE GARANTIES... QUE DOIS-JE FAIRE ?

Le contrat « SANTÉ-FO senior » est une offre sur mesure, réservée aux adhérents de l'UCR FO, qui garantit une couverture santé de qualité. Les prestations ne sont pas modifiables.

? J'AI UNE NOUVELLE CARTE VITALE... QUE DOIS-JE FAIRE ?

Lorsque l'adhérent reçoit de son régime de base de Sécurité sociale une nouvelle attestation de carte Vitale, il doit en adresser une copie au centre de gestion AG2R LA MONDIALE dans les plus brefs délais à l'adresse : Centre de gestion AG2R LA MONDIALE - Service affiliations, 485 avenue du Prado, 13412 MARSEILLE Cedex 20.

? J'AI CHANGÉ DE RÉGIME DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE... QUE DOIS-JE FAIRE ?

Tout changement dans le régime de base de Sécurité sociale concernant un bénéficiaire de la garantie n'impactera pas le niveau de ses garanties, celles-ci étant indiquées avec la prise en compte des remboursements de la Sécurité sociale.

Vous devez, tout de même, renvoyer votre attestation de Sécurité sociale afin de ne pas couper le lien avec le système de remboursement par télétransmission NOEMIE de la Sécurité sociale.

? JE SOUHAITE RÉSILIER MON ANCIENNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Si vous détenez déjà une complémentaire santé ou une mutuelle auprès d'un autre organisme, vous devez d'abord résilier votre assurance actuelle afin de pouvoir adhérer à SANTÉ-FO senior.

Avec l'entrée en vigueur de la loi Chatel, votre assureur doit vous informer de la date butoir que vous devez respecter pour dénoncer la reconduction de votre contrat.

Cette information doit vous être adressée au moins 15 jours avant cette date butoir pour vous laissez le temps de résilier votre contrat à l'échéance (et ainsi respecter le préavis prévu par votre contrat).

Votre assureur doit donc vous adresser un document :

- 75 jours avant l'échéance annuelle du contrat si le préavis prévu par votre contrat est de 2 mois.
- 45 jours avant l'échéance annuelle du contrat si le préavis prévu par votre contrat est de 1 mois.

La plupart du temps l'information prévue par la loi Chatel est indiquée sur votre avis d'échéance. Aussi si votre avis d'échéance ne vous a pas été adressé dans ces délais, vous avez 20 jours à réception de l'avis d'échéance pour résilier votre contrat.

Attention : précisez sur votre courrier que vous résiliez votre contrat dans le cadre de la loi Chatel.

Voici un modèle de lettre que vous pouvez envoyer à votre assureur, en recommandé avec accusé de réception, pour résilier votre contrat en cours :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions légales en vigueur et aux conditions générales de mon contrat d'assurance n° _____, je vous informe que je désire résilier ce dernier à l'expiration de la période annuelle en cours, soit le _____
Veuillez m'en donner acte et me faire parvenir mon certificat de radiation.

Date et signature :

? JE SOUHAITE RENONCER À LA SOUSCRIPTION DE MON CONTRAT ?

L'adhérent 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 motifs ni à supporter de pénalités.



Les services en 1 clic

1. GAGNEZ DU TEMPS ET PROFITEZ AU MIEUX DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ GRÂCE AUX SERVICES INTERNET AG2R LA MONDIALE

- Recevez vos décomptes par e-mail et suivez vos remboursements en ligne, en temps réel, en vous abonnant aux décomptes santé en ligne.
- Téléchargez vos devis optique et dentaire afin de connaître précisément le montant de votre prise en charge.
- Faites directement vos demandes de prise en charge d'hospitalisation et obtenez immédiatement la réponse.
- Retrouvez tous les liens utiles pour vous aider dans vos démarches administratives, vous guider dans la prévention santé ou choisir un établissement hospitalier...
- Vos remboursements sont effectués dans les meilleurs délais. Cependant, vous recevrez vos décomptes papier en différé.

2. LES AVANTAGES EXCLUSIFS DE VOS SERVICES EN LIGNE

- Obtenez dans un délai maximum de 2 jours, une réponse à votre demande de prise en charge pour une hospitalisation.
- En cas de prothèses dentaires ou d'achat de lunettes ou de lentilles, vous connaissez dans un délai de 3 jours ouvrés* maximum, le remboursement auquel vous avez droit, ainsi que votre reste à charge.

* Délai déterminé à compter de la date de réception du devis complet, envoyé par vous-même, votre opticien ou votre chirurgien-dentiste.

INDISPENSABLE !

Recevoir vos décomptes par e-mail et consulter vos remboursements en ligne, participe au développement durable en économisant du papier et vous fait gagner du temps !

3. POUR PROFITER DE TOUS LES SERVICES OFFERTS

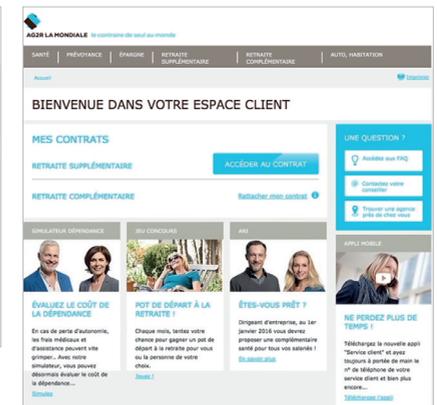
Connectez vous sur : www.ag2rlamondiale.fr

Cliquer sur votre espace client et remplissez le formulaire. Vous recevrez vos codes d'accès par courrier ou par mail (si vous avez indiqué la référence figurant sur votre décompte santé).

LES AUTRES SERVICES SANTÉ DE VOTRE ESPACE CLIENT

Découvrez tous les services santé en ligne, notamment :

- Demander en quelques clics la réédition de votre carte de tiers payant (en cas de perte ou de vol)
- Localiser un professionnel de santé acceptant la carte de tiers payant autour de vous
- Recevoir une alerte remboursement santé par e-mail





Services +

1. PRIMA ASSISTANCE : L'ASSISTANCE À LA CARTE

► PRIMA ASSISTANCE EST L'ASSISTANCE SANTÉ PRÉVOYANCE* EN PARTENARIAT AVEC MONDIAL ASSISTANCE

- Une assistance étendue en cas d'hospitalisation et d'immobilisation à domicile (aide ménagère, garde d'enfant ...), déplacements temporaires de + de 50 km,
- Des permanences téléphoniques avec « allo infos » et « allo info santé » pour vos renseignements de vie pratique et juridiques ainsi que des informations médicales,
- Le bénéfice de l'assurance « Prima santé voyage » pour les déplacements temporaires dans un pays d'Amérique (séjour de moins de 3 mois).

* Descriptif des garanties dans la notice assistance

2. PRIMADOM POUR FO

Services d'informations, de conseils et d'accompagnement des retraités de l'UCR FO pour faciliter le quotidien.

Pour vous informer et vous accompagner dans toutes vos démarches, nous mettons à votre disposition le service téléphonique Primadom pour FO.

Des conseillers sont à votre disposition pour vous aider, par exemple, lors d'un retour d'hospitalisation : recherche des services à domicile et mise en relation avec des prestataires compétents, liste des aides financières auxquelles vous avez droit, étude pour des travaux d'aménagement de votre domicile, soutien aux aidants, questions juridiques (voisinage, patrimoine...). Les conseillers peuvent également vous guider dans vos démarches administratives, vous aider dans des recherches et vous orienter vers des associations de proximité.

PRIMADOM POUR FO VOUS ACCOMPAGNE DANS LES DOMAINES SUIVANTS :

- Service d'aide à la vie quotidienne (ménage, petits travaux...),
- Soins et garde à domicile,
- Service de téléassistance.

MAIS PEUT AUSSI VOUS AIDER POUR :

- Vos loisirs,
- Le bénévolat,
- Les services de proximité,
- Vos démarches administratives : logement, impôt,
- Vos questions juridiques : voisinage, immobilier, patrimoine,
- Services d'aide à la vie quotidienne : ménage,
- Aides financières possibles : aide ménagère,
- Vie associative : associations, club,
- Lieu d'hébergement pour les personnes handicapées ou dépendantes,
- Vie professionnelle : formation, prêts de projets professionnels, création d'entreprise, reprise d'entreprise, formalités de départ à l'étranger pour le travail,
- Santé et bien être : retour à la maison après une hospitalisation, accident du travail,
- Vie familiale : garde d'enfants, maternité, décès, aides aux aidants familiaux (vieillesse, dépendance, handicap), formalités de départ à l'étranger en vacances,
- Emploi : orientation vers aide pour trouver un emploi,
- Préparation à la retraite : Caisses de retraites, estimation de la pension, stages de préparation,
- Logement : trouver un logement, aides pour payer la caution...

4. SERVICES SANTÉ EN LIGNE : VOTRE COACH !

GUIDE DE L'ASSURÉ :

Retrouvez une multitude d'informations avec de nombreux liens vers l'espace client et ses fonctionnalités (géolocalisation des professionnels de santé conventionnés,...).

5. VOS COURRIERS ET FORMULAIRES DE GESTION PRÉ-REMPLIS

Pour vous accompagner au quotidien dans l'évolution de votre mutuelle Santé et afin qu'elle s'adapte à vos nouveaux besoins, AG2R LA MONDIALE vous simplifie la gestion de votre contrat avec la création de courriers et formulaires de gestion préédigés.

En plus des fonctionnalités offertes par votre Espace client, de nouveaux courriers et formulaires ont été conçus pour vous :

- Modification des coordonnées bancaires
- Ajout d'un bénéficiaire
- Radiation d'un bénéficiaire

Pour utiliser le formulaire de votre choix, il vous suffit de le télécharger dans votre espace client, l'imprimer, le compléter et nous le renvoyer à l'adresse figurant sur votre certificat d'adhésion (document que vous avez reçu lors de votre adhésion).



Lexique



Action sociale VIASANTÉ Mutuelle

Le fonds social VIASANTÉ Mutuelle apporte un soutien complémentaire aux adhérents, lors de périodes particulièrement difficiles, lorsque les dépenses de santé pèsent lourd dans leur budget.

Le fonds social VIASANTÉ Mutuelle peut intervenir individuellement, en versant des aides ponctuelles aux personnes adhérents à la mutuelle. Les aides et services, accordés en fonction de la situation, sont en lien avec les garanties souscrites, selon les conditions fixées par le Conseil d'administration. Les aides collectives ne peuvent être accordées. Le lien avec l'adhérent est déterminé par l'adhésion à la mutuelle. Les demandes d'aide doivent avoir un lien avec la santé.

Les dossiers relevant de la compétence VIASANTÉ Mutuelle sont étudiés dans le cadre de sa Commission d'entraide mutualiste et d'actions sociales.

Affection de longue durée (ALD)

Maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100% de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70% de la base de remboursement pour les honoraires).

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Dispositif destiné aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie complémentaire grâce à une réduction du montant de la cotisation.

Cette aide est accordée pour un an (renouvelable) aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et ce plafond majoré d'un pourcentage défini par la loi (celui-ci est de 35% au 01 juillet 2013). Cette aide est variable selon l'âge et la composition du foyer.

Assurance maladie obligatoire (AMO)

Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité, aux accidents de la vie privée et professionnelle, aux maladies professionnelles et aux invalidités.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale.

Assurance maladie complémentaire (AMC)

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Synonymes : organisme d'assurance maladie complémentaire (OCAM), complémentaire santé, garanties.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Synonyme : professionnel paramédical.

Ayant droit

Ayant droit au sens de l'assurance maladie obligatoire :

Personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'assurance maladie obligatoire car elle est membre de la famille d'un assuré social (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge...) ou est hébergée à sa charge permanente et effective depuis plus d'un an.

Ayant droit au sens de l'assurance maladie complémentaire :

Personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un assuré en raison de ses liens avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

Synonyme : bénéficiaire.



Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent).

Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,

Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Biologie médicale

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

Synonymes : examen de laboratoire, analyse médicale.



Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

La CNAMTS est la caisse qui gère au plan national la branche Assurance Maladie du régime général de Sécurité sociale. Communément, les salariés des professions non agricoles travaillant en France sont affiliés au régime général et sont couverts sous certaines conditions pour les risques suivants : maladie (soins de santé et arrêts de travail), invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles (soins de santé et arrêts de travail). Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Une CPAM assure dans sa circonscription (il existe au moins une CPAM par département) entre autres l'immatriculation, le calcul et le paiement des prestations de soins de santé des assurés sociaux relevant du régime général.

Centre de Gestion

Centre dans lequel sont gérés l'affiliation des assurés, l'encaissement des cotisations et le versement des prestations.

Certificat de radiation

Document établi par la précédente complémentaire santé, suite à la résiliation du contrat de l'assuré, qui permet, lors de la souscription à une nouvelle complémentaire santé, d'éviter certains délais d'attente.

Chirurgie ambulatoire

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Synonyme : chirurgie de jour

Chirurgie réfractive

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

Synonymes : opération de la vue, de la myopie, kératotomie radiaire

Complémentaire Santé

Couverture proposée par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, qui vient en complément des garanties de la Sécurité sociale. Il s'agit donc d'une prise en charge partielle ou totale des frais de santé non remboursés à l'assuré par la Sécurité sociale.

Conventions médicales

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

1. 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 tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

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

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

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

2. Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants. Voir également : secteur 1 / secteur 2.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une assurance maladie complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans dépense à leur charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'assurance maladie obligatoire ou par un organisme d'assurance maladie complémentaire. Les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent obtenir l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS).



Date d'effet de la garantie

Date à laquelle l'assuré peut prétendre à la garantie qu'il a souscrite après application des éventuelles périodes d'attente, de carence ou de stage.

Demande de prise en charge

Demande formulée auprès de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré, sur la base d'un devis.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements. Voir également : secteur 1 / secteur 2

Devis

Document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 € comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses.

Ils ne peuvent refuser de fournir ce document.



Établissements spécialisés

Sont considérés comme établissements spécialisés les maisons de repos, de convalescence, de retraite, de gériatrie, de post-cure, les hôpitaux psychiatriques, les établissements de chirurgie esthétique, les cliniques diététiques, les colonies sanitaires, les aériums, les préventoriums, les centres de rééducation fonctionnelle, etc.

Exclusions de garanties

Situations, risques ou maladies pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le contrat. Elles doivent être obligatoirement précisées dans les documents contractuels.

Les garanties sont l'ensemble des prestations dont bénéficient les assurés.



Forfait journalier*

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Son montant est de 20€ par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15€ par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

* Le forfait journalier hospitalier ne s'applique pas aux régimes Alsace-Moselle et monégasque.

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

Forfait 18 euros

Participation forfaitaire de 18€ à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État (120€), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18€ (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Ce forfait est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Synonyme : participation forfaitaire de 18€.

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Frais d'accompagnement

Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

Synonymes : lit d'accompagnant, repas d'accompagnant.

Frais médicaux

Ensemble des frais de santé exposés par un patient et susceptibles d'être pris en charge par une assurance maladie (consultations et visites médicales, pharmacie, hospitalisation, etc.). Ce sont les dépenses réellement engagées par les assurés. Elles doivent figurer sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale et les factures d'hospitalisation. Certaines garanties prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

Synonymes : frais réels.



Hospitalisation

Désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait « 18 euros », chambre particulière.

Hors-nomenclature

Acte médico-chirurgical qui ne figure pas dans la nomenclature générale des actes professionnels remboursés par la Sécurité sociale.

HLF

Honoraires limite de facturation.



Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), pour les actes techniques médicaux, paramédicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM), pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP), pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).



Prestations (d'une assurance maladie complémentaire)

Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge ».

Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants: couronne métallique, métal-céramique et céramo-céramique.

Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

PLV

Prix limite de vente.



Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué : du ticket modérateur, de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire, de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.



Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire: il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

Soins de ville

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en « soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes: soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.



Taux de remboursement de la Sécurité sociale

Taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 65 % de la base de remboursement pour l'appareillage,
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré (par exemple 100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

Voir également : médicaments, hospitalisation, appareillage, honoraires

Tarif Forfaitaire de responsabilité utilisé uniquement en pharmacie

C'est le tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque qui est fixé en fonction du prix du médicament générique correspondant.

Télétransmission

La Télétransmission nomme l'échange informatique entre les différents acteurs de la santé (NOEMIE = Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs.)

La télétransmission dispense les assurés d'envoyer les feuilles de soins aux organismes de santé, tels l'assurance maladies ou les complémentaires santé.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garantie.

Exonération du ticket modérateur

Les assurés sociaux peuvent être exonérés du ticket modérateur dans certains cas : Les personnes atteintes d'une maladie reconnue de longue durée (uniquement les soins en rapport avec la maladie).

Les personnes subissant une intervention chirurgicale d'une certaine gravité (de plus de 30 jours par exemple).

Les nouveau-nés hospitalisés dans les 30 premiers jours.

Les femmes enceintes pendant une période qui débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date de l'accouchement.

Les titulaires d'une rente accident du travail, d'une pension militaire et/ou d'invalidité.

L'exonération est accordée pour une durée limitée ou illimitée selon la situation.

La participation de la Sécurité sociale est égale à 100 % du tarif de responsabilité et laisse à la charge de l'assuré les dépassements d'honoraires et de tarifs.

Transport

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient.

Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'assurance maladie obligatoire, des transports en commun...

Les frais de transport sont remboursés à 65 % du tarif de l'assurance maladie obligatoire.

Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche.

Les transports en série programmés, ou sur une longue distance, ou encore par avion ou bateau doivent en général avoir été préalablement autorisés (« entente préalable ») par l'assurance maladie obligatoire pour pouvoir être pris en charge.

Synonyme : transport sanitaire



Visite médicale

Consultation médicale effectuée au domicile du patient qui est dans l'impossibilité de se déplacer.

SANTÉ-FO SENIOR

Pour plus d'informations
sur notre complémentaire santé,
contactez-nous au :

09 74 50 1234

(appel non surtaxé)

www.ag2rlamondiale.fr

012020 - 60367



VIASANTÉ Mutuelle -
Mutuelle soumise aux
dispositions du Livre II du
Code de la Mutualité
immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Siège social : VIASANTÉ Mutuelle -
104-110, bd Haussmann - 75008 PARIS - Assureur.
AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution
de prévoyance régie par le code de la
Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE
- 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris -
Membre du GIE AG2R RÉUNICA -
Distributeur et gestionnaire.
Document non contractuel
© Fotolia - Shutterstock - Adobe Stock
Soleiádo Communication

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

