

# COMPLEMENTAIRE SANTÉ

2020



Ensemble  
du Personnel

# GARANTIES :

Le montant des garanties est exprimé y compris celui du remboursement de la Sécurité Sociale

	BASE Panier de Soins - ANI	OPTION 1 (y compris PDS ANI)	OPTION 2 (y compris PDS ANI)
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>			
Consultation - visite d'un médecin généraliste	DPTAM	100 % BR	100 % BR
	HORS DPTAM	100 % BR	180 % BR
Consultation - visite d'un médecin spécialiste	DPTAM	100 % BR	150 % BR
	HORS DPTAM	100 % BR	130 % BR
Auxiliaires médicaux		100 % BR	100 % BR
Radiologie-Imagerie	DPTAM	100 % BR	150 % BR
	HORS DPTAM	100 % BR	130 % BR
Frais d'analyses médicales		100 % BR	100 % BR
Actes de spécialités, actes techniques médicaux (petite chirurgie)	DPTAM	100 % BR	150 % BR
	HORS DPTAM	100 % BR	130 % BR
<b>PHARMACIE</b>			
Pharmacie		100 % BR	100 % BR
<b>HOSPITALISATION MEDICALE - CHIRURGICALE - EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION - MATERNITE - EN PSYCHIATRIE (Secteur conventionné ou non conventionné)</b>			
Frais de séjour		100 % BR	100 % BR
Honoraires	DPTAM	100 % BR	150 % BR
	HORS DPTAM	100 % BR	130 % BR
Franchise actes lourds		100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier		100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (limitée à 90 jours/an/bénéf et 30 jours/an/bénéf en psychiatrie)		Néant	65 €
Lit d'accompagnant (enfant de - de 16 ans)		Néant	45 €
Frais de transport		100 % BR	100 % BR
Forfait TV/TEL		Néant	20 €
<b>FRAIS DENTAIRES</b>			
<b>100 % SANTE</b>			
Soins et prothèses dentaires (dont inlay onlay à partir 01/01/2021)		100 % FRF	100 % FRF
Frais réels, à hauteur des honoraires limites de facturation (FRF)			100 % FRF
<b>HORS 100 % SANTE</b>			
<b>FRAIS DENTAIRES</b>			
Soins dentaires		100 % BR	150 % BR
Prothèses dentaires remboursées		125 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires Non prises en charge R.O.		Néant	189 € par prothèse
Orthodontie acceptée		125 % BR	200 % BR
Orthodontie refusée Non prise en charge R.O.		Néant	678 € par an
Forfait implantologie/parodontologie annuel non prises en charge R.O.		Néant	500 €
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>			
<b>100 % SANTE (CLASSE A)</b>			
Forfait équipement "100 % SANTE" CLASSE A, y compris supplément		100 % PLV	100 % PLV
Frais réels, dans la limite des Prix Limites de vente (PLV)			100 % PLV
<b>HORS 100 % SANTE (CLASSE B)</b>			
<b>LUNETTERIE :</b>			
Adulte et enfant de 16 ans et plus : limité à un équipement par période de 2 ans suivant la date d'acquisition de l'équipement précédent. Cette période est ramenée à 1 an en cas d'évolution de la vue			
Enfant de moins de 16 ans : limite à un équipement par période de 1 ans suivant la date d'acquisition de l'équipement précédent.			
Forfait équipement Correction simple	100 € dont participation maximale de 100 € pour la monture	250 € dont participation maximale de 100 € pour la monture	420 € dont participation maximale de 100 € pour la monture
Forfait équipement Correction complexe et très complexe	200 € dont participation maximale de 100 € pour la monture	400 € dont participation maximale de 100 € pour la monture	650 € dont participation maximale de 100 € pour la monture
Forfait lentilles prises en charge R.O. Par an et par bénéficiaire	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 350 €
Forfait lentilles non prises en charge R.O. Par an et par bénéficiaire	Néant	150 €	350 €
Forfait myopie au laser	Néant	500 €	700 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>100 % SANTE (CLASSE I) - à compter du 1/01/2021</b>			
Aides auditives "100 % SANTE" CLASSE I à compter du 1/01/2021		100 % PLV	100 % PLV
Frais réels, dans la limite des Prix Limites de vente (PLV)			100 % PLV
<b>TOUTE CLASSE JUSQU'AU 31/12/2020 et partir du 1/01/2021 HORS 100 % SANTE (CLASSE II)</b>			
Aides auditives		100 % BR	200 % BR
Supplément pris en charge par le R.O. (dont suivi des piles)		100 % BR	100 % BR
<b>AUTRES</b>			
Orthopédie et autres prothèses (capillaires...)		100 % BR	200 % BR
Cures thermales TM (traitements et honoraires)	RB SS	RB SS	RB SS + 200 € par an
Forfait naissance (par enfant)	Néant	Néant	300 €
<b>BIEN ETRE</b>			
Médecine douce, actes HN* (hors nomenclature)		Forfait de 120 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 200 € par an et par bénéficiaire
Forfait annuel par personne	Néant		
Ostéodensitométrie non prise en charge par le R.O.		Forfait de 120 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 200 € par an et par bénéficiaire
Forfait annuel par personne	Néant		
Contraception	Néant	Forfait de 100 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 150 € par an et par bénéficiaire
Arrêt du tabac	Néant	Forfait de 100 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 150 € par an et par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge R.O.	Néant	Forfait de 100 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 150 € par an et par bénéficiaire
<b>ASSISTANCE - FOND D'ENTRAIDE</b>			
Cette offre intègre des garanties assistances et un programme d'action sociale MUTUELLE BLEUE – fond d'entraide.			
<b>ACTES DE PREVENTION</b>			
L'ensemble des actes de prévention prévus			



# Exemples de remboursements (HORS 100 % SANTE)

EXEMPLES D'ACTES	FRAIS ENGAGES	RESTE A CHARGE DE L'ASSURE		
		BASE Panier de Soins - ANI	OPTION 1 (y compris PDS ANI)	OPTION 2 (y compris PDS ANI)
<b>HOSPITALISATION (Secteur conventionné)</b>				
Opération du tendon rotulien **				
. Honoraires (DPTAM)	706,47 €	470,00 €	351,77 €	0,00 €
. Frais de séjour	810,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
. Forfait Journalier (2 jours)	40,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
. Chambre Particulière (2 jours) 90 € par jour	180,00 €	180,00 €	50,00 €	0,00 €
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>				
Le montant du reste à charge comprend la participation forfaitaire				
. Consultation Généraliste DPTAM	25,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
. Consultation Généraliste HORS DPTAM	33,00 €	9,00 €	9,00 €	1,00 €
. Consultation Ophtalmologue DPTAM	60,00 €	36,00 €	23,50 €	1,00 €
. Consultation Ophtalmologue HORS DPTAM	80,00 €	56,00 €	48,50 €	31,00 €
<b>FRAIS DENTAIRES (HORS 100 % SANTE)</b>				
. Détartrage	28,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
. Prothèse Dentaire (SPR 50) dents du sourire	600,00 €	465,63 €	385,00 €	170,00 €
. Prothèse Dentaire (SPR 50) dents fond de bouche	500,00 €	365,63 €	285,00 €	70,00 €
. Orthodontie acceptée	750,00 €	508,13 €	363,00 €	0,00 €
. un Implant	1 400,00 €	1 400,00 €	900,00 €	400,00 €
<b>FRAIS OPTIQUE (HORS 100 % SANTE)</b>				
. Monture pour adulte	100,00 €	295,55 €	145,55 €	0,00 €
. 2 verres simples	300,00 €			
. Monture pour adulte	100,00 €	439,52 €	239,52 €	0,00 €
. 2 verres multifocaux	550,00 €			
. Lentilles refusées	300,00 €	300,00 €	150,00 €	0,00 €
<b>DIVERS</b>				
. Prothèse auditive (HORS 100 % SANTE)	1 000,00 €	650,00 €	300,00 €	0,00 €
. Consultation ostéopathe	45,00 €	45,00 €	0,00 €	0,00 €

PF : Participation Forfaitaire  
**ATTENTION : les exemples de remboursements sont donnés à titre informatif**

## Les bénéficiaires des garanties

- Le salarié.
- Le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle.
- Le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à aggema et renouvelée annuellement.
- Le contractant d'un pacte civil de solidarité, sur présentation d'une copie du contrat.
- Les enfants à charge au sens de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28<sup>ème</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à 80% et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion.
- A la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré social et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux à condition qu'elle soit également inscrite comme ayant droit au régime obligatoire.

**VOTRE CENTRE DE GESTION : AGGEMA**



Tiers payant aggema / Viamédis 

- Aggema pratique le tiers payant avec plus de 75 000 professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Elle fait également profiter du tiers payant aux assurés MSA et aux Travailleurs Non Salariés.
- Vous recevrez votre carte de tiers payant aggema/VIAMEDIS **dans les huit jours qui suivront l'enregistrement de votre bulletin individuel d'affiliation accompagné de tous les documents nécessaires à votre identification** (cf. liste indiquée sur le bulletin individuel d'affiliation).
- Chaque famille bénéficie de deux cartes de tiers payants, ces documents vous permettront de bénéficier d'une couverture nationale en les présentant aux Professionnels de Santé (pharmacie, radiologie, biologie, auxiliaires médicaux, opticiens, centres de soins, soins externes à l'hôpital).

### ➤ Des partenariats optiques :

Ce partenariat est développé avec la collaboration de deux grandes chaînes d'optique : GUILD INVEST (marques KRYS, LYNX OPTIQUE, VISIONPLUS et VISION ORIGINALE...) et GRAND VISION (GENERALE D'OPTIQUE, GRAND OPTICAL et VISUAL...) représentant plus de 1700 magasins.

**ATTENTION : Si vous n'avez pas utilisé votre carte aggema/VIAMEDIS chez les professionnels de santé ET si vous avez UNIQUEMENT pratiqué le tiers payant Régime Obligatoire, vous devrez impérativement adresser le reçu de paiement du ticket modérateur à aggema.**



## Modalités de remboursements

- **Les remboursements complémentaires se font par virement bancaire exclusivement.**
- Les remboursements sont établis à partir de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale à aggema : Protocole NOEMIE. Ce système vous permet de ne plus envoyer vos décomptes, c'est la CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité vos feuilles de soins.
- Pour bénéficier de ce dispositif, il vous suffit d'adresser la copie de votre attestation de droit en cours de validité jointe par le Régime obligatoire à votre carte Vitale et celle de vos ayants droit à votre centre de gestion aggema.
- Pour que la télétransmission avec aggema puisse être validée par la CPAM, il est indispensable de ne pas déjà bénéficier de cette télétransmission avec une autre mutuelle (celle de votre conjoint par exemple) et d'être affilié au Régime Général de la Sécurité sociale ou Particulier Alsace Moselle.
- Pour s'assurer que le dispositif NOÉMIE est opérationnel, il vous suffit de vérifier que le message d'information suivant figure sur chacun de vos décomptes Sécurité sociale et pour chaque bénéficiaire : « information transmise à votre organisme complémentaire » ou « information transmise à aggema ». **Dans le cas contraire, vous devrez faire parvenir les originaux des décomptes de remboursement délivrés par la Sécurité sociale par courrier pour permettre à votre centre de gestion aggema d'effectuer le règlement des prestations Frais de Santé.**

## Devis dentaires

- aggema effectue les devis dentaires sur présentation des devis émis par les dentistes.
- Vous pouvez ainsi connaître le montant exact pris en charge par le régime obligatoire et celui versé par la complémentaire santé ainsi que le reste à charge.
- Les devis vous sont adressés soit par télécopie, soit par courrier, soit par mail.

## Prises en charge hospitalisation

- Les prises en charge hospitalières sont adressées par aggema par télécopie ou par courrier à l'Établissement hospitalier.
- Information qu'il vous conviendra de fournir à aggema pour effectuer une prise en charge hospitalisation : la date d'entrée, le nom et le prénom de la personne hospitalisée, le n° finess de l'établissement, le nom de l'établissement, l'adresse de l'établissement et le fax de l'établissement.

## Contactez le service de gestion aggema



10 rue Louis Fournier  
77334 MEAUX CEDEX



gestionsante@aggema.fr



01 41 90 98 58  
(Du lundi au jeudi de 9H à 12H30 et de 14H30 à 17H30  
Et le vendredi de 9H à 12H30)



01 64 34 22 04



www.aggema.com

À réception de votre bulletin individuel d'affiliation, aggema vous adresse par courrier une confirmation de votre adhésion en précisant **vos codes d'accès personnels** au [site www.aggema.com](http://www.aggema.com).

### A l'aide de ces codes confidentiels vous pourrez :

- consulter vos garanties de complémentaire santé.
- consulter en temps réel le détail de vos remboursements santé.
- informer aggema de modifications personnelles : situation de famille, RIB, changement d'adresse.
- effectuer vos demandes de prises en charge hospitalière.
- suivre l'historique d'envoi de votre carte de tiers payant aggema/Viamédis.
- poser des questions relatives à la gestion sur votre dossier par le biais du « service qualité à votre écoute ».

Le Service [aggema'lerte](#) vous informe à chaque virement effectué sur votre compte par aggema, un message vous informant est généré sur votre adresse email (cette adresse doit impérativement figurer sur le bulletin individuel d'affiliation que vous avez complété).

**IMPORTANT : Dans le cas où vous n'auriez pas d'accès internet, nous vous remercions de bien vouloir en informer aggema par écrit lors de votre affiliation afin que vos relevés vous soient adressés trimestriellement sous format « papier ».**

