2023

AGIPI

Guide **Agipi Santé**

Sommaire

Souscription en ligne ... 2

Devoir de conseil ... 3

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ... 3

Cadre règlementaire des contrats dits responsables ... 6

Points forts ... 10

Garanties remboursement des frais de santé ... 12
Hospitalisation ... 12
Transport sanitaire ... 12
Soins courants ... 13
Aides auditives ... 13
Allocation de naissance ou d'adoption ... 13
Dentaire ... 14
Optique ... 14
Prévention et bien-être ... 15

Garanties d'assistance ... 16
Assistance vie quotidienne ... 16
Assistance psychologique ... 16
Garanties violences conjugales ... 16
Hospitalisation ou immobilisation à domicile ... 17
Assistance en cas d'hospitalisation longue d'un enfant ... 18
Garantie d'assurance de frais médicaux à l'étranger ... 19
Assistance aux personnes en cas d'accident et de maladie dans le monde entier ... 19

Modalités de paiement des cotisations ... 20

Résiliation ... 20

Changements d'adresse ... 20

Exemples de remboursement ... 21
Hospitalisation et transport sanitaire ... 21
La couverture santé « hospitalisation » d'Agipi Santé ... 22
Honoraires médicaux, paramédicaux, analyses et examens de laboratoire ... 23
Médicaments ... 25
Matériel médical ... 25
Aides auditives ... 26
Dentaire ... 27
Optique ... 30
Prévention et bien-être ... 32
La couverture santé « prévention et bien-être » d'Agipi Santé ... 33

Modalités d'obtention des prestations ... 34
Les démarches à effectuer pour obtenir un remboursement ... 34
Tiers payant ... 34
Prise en charge en cas d'hospitalisation ... 34
Informations pratiques ... 35

Agipi Santé

est le contrat santé d'AGIPI. Il offre des garanties, des services et des tarifs sur mesure pour répondre aux besoins des assurés.

Souscription en ligne

Soyez autonome en quelques clics via l'outil de simulation dans votre espace conseiller

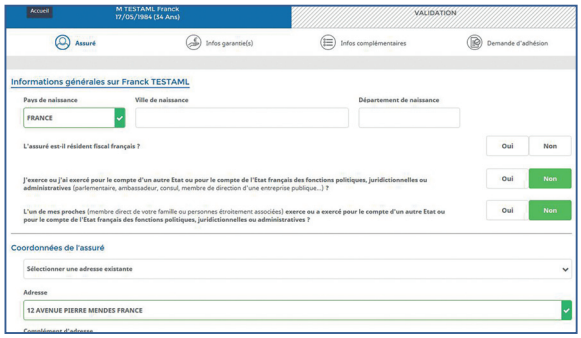
1 Récupérez les informations client via votre CRM

2 Effectuez la simulation

et éditez, si besoin, le projet commercial

3 Procédez à la souscription en ligne en

- *renseignant les informations complémentaires,*
- *générant la DA et la FIP pré-remplies,*
- *proposant la signature électronique,*
- *joignant les pièces jointes manquantes (CNI, RIB, DA et FIP signées)*



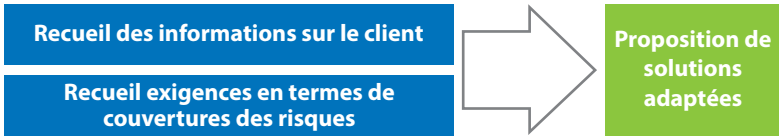
EDITEZ... les conditions particulières d'adhésion

Devoir de conseil

Le Code des assurances prévoit une obligation générale d'information et de conseil précontractuelle s'appliquant aux intermédiaires d'assurance lorsqu'ils distribuent un contrat d'assurance. Cette obligation a été renforcée par la Loi de Modernisation de l'Economie, et a été précisée dans une recommandation de l'ACPR sur le recueil des informations relatives à la connaissance du client dans le cadre du devoir de conseil en assurance vie, publiée le 1er octobre 2013.

L'objectif du devoir de conseil est d'orienter le choix du client au mieux de ses intérêts, afin de lui proposer une solution adaptée à sa situation. Le devoir de conseil se matérialise par plusieurs étapes préalables à l'opération d'assurance qui sont personnalisées, motivées et formalisées sur un document dédié : la Fiche d'Informations Préalables (FIP). La FIP est automatiquement éditée en complément du projet commercial créé sur Simuweb et doit être jointe à toute demande de souscription d'un produit Agipi Santé.

Le document doit être complet, non raturé, daté et signé par le conseiller et le client.



Eléments de la connaissance client

La connaissance client permet de répondre aussi bien aux obligations relatives au devoir de conseil qu'à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, et nécessite d'identifier :

- l'exactitude de l'identité,
- la profession,
- l'adresse,
- les revenus et le patrimoine.

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme l'ensemble des règles et procédures précisées par les circulaires AXA France sont applicables.

Pièces d'identité

La vérification de l'identité doit se faire impérativement à la souscription et avant un règlement grâce à une copie de la pièce d'identité lisible en cours de validité.

Les documents suivants sont acceptés en tant que pièce justificative d'identité :

Pour une personne physique de nationalité française ou d'un État membre de l'UE/EEE

- la carte nationale d'identité (copie recto-verso),
- le passeport (copie des 2 pages d'identité),
- le permis de conduire français. La personne doit être reconnaissable sur la photographie du permis.

Pour une personne physique d'une autre nationalité

- le passeport (copie des 2 pages d'identité),
- la carte de séjour ou de résident (copie recto-verso).

Ne sont pas acceptés, pour les pièces nouvellement collectées :

- les documents d'identité périmés, sauf en cas de demande de renouvellement du document officiel d'identité et sous réserve que la photographie figurant sur le document périmé soit suffisamment ressemblante,
- les documents officiels délivrés par une autorité publique sans date de fin de validité, sauf le permis de conduire rose cartonné qui peut être admis, dès lors que la photographie est suffisamment ressemblante.

Résidence fiscale

A la souscription d'une adhésion Agipi Santé, l'assuré doit être résident fiscal français.

Paiement des cotisations

Les cotisations doivent provenir d'un compte bancaire domicilié en France.

<table>
<tr><td rowspan="3">Cotisations par virement ou chèque tiré sur une banque domiciliée à l'étranger</td><td colspan="2">A la souscription : non autorisé</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Au cours de la vie de l'adhésion</td><td>Principe
il faut que l'adhérent soit fiscalement établi dans le même pays que la domiciliation bancaire, à défaut, il doit s'agir d'une banque ou néo banque agréée par l'ACPR.</td></tr>
<tr><td>Exception
l'assuré est salarié d'une entreprise résidente fiscale étrangère. Possibilité d'accepter les fonds de cette société, sous réserve d'obtenir un bulletin de salaire identifiant précisément l'entreprise payeur de prime.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Chèque du conseiller</td><td colspan="2">Non autorisé</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dérogation acceptée pour la prise en charge des frais de dossier et cotisation association.</td></tr>
<tr><td>Espèces / mandat cash / compte Nickel / carte prépayée / chèque d'intermédiaire / crypto-monnaie / néo banque non agréée par l'ACPR</td><td colspan="2">Non autorisé</td></tr>
</table>

En cas de doute, consultez les équipes prévoyance d'ADIS pour vérifier si l'acceptation est possible.

Personnes politiquement exposées

La qualité de PPE couvre :

1re catégorie : Le client qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an une des fonctions suivantes (Art. R561-18 I du CMF) :

Liste des fonctions	Exemples
1- Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne	- Chancelier fédéral d'Allemagne - Ministre de la culture - Président de la Commission Européenne
2- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger	- Député - Sénateur - Député européen - Président ou un secrétaire national d'un parti politique
3- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours	- Membre du Conseil Constitutionnel - Vice-président du Conseil d'Etat - Président de section du Conseil d'Etat - Conseiller auprès de la Cour de Cassation
4- Membre d'une cour des comptes	- 1er président de la Cour des Comptes
5- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale	- Gouverneur de la Banque de France - Sous-gouverneur de la Banque de France - Membre du Conseil général de la Banque de France
6- Ambassadeur ou chargé d'affaires	
7- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée	- Général de brigade - Contre-amiral - Général de division

Liste des fonctions	Exemples
8- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique	- Directeur Général de la Caisse des dépôts et Consignations - Président-Directeur Général d'EDF
9- Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein	- Directeurs et directeurs adjoints, les membres des conseils d'administration d'une organisation internationale (FMI, OMC, FIFA…)

2e catégorie : Proches PPE (Art. R561-18 II du CMF) : Les membres directs de sa famille

Liste des fonctions	Exemples
1- Conjoint ou concubin : *les époux*…	- Les époux
2- Partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère : *partenaire pacsé*…	- Le partenaire pacsé
3- Les enfants ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère : *enfants, gendres, belles filles*…	- Les enfants - Les gendres - Les belles filles
4- Les ascendants au premier degré : *père et mère*	- Le père - La mère

3e catégorie : Proches PPE (Art. R561-18 III du CMF) : Les personnes qui lui sont étroitement associées

Liste des fonctions	Précisions
1- Personnes physiques qui, conjointement avec la PPE sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger	- Le client est bénéficiaire effectif d'une personne morale détenue par ailleurs par une PPE
2- Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la PPE	- Le client est le bénéficiaire effectif d'une personne morale créée au profit d'une PPE, c'est l'hypothèse des prête-noms
3- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la PPE	Trois conditions cumulatives : - Le lien d'affaire, présumé lorsque la prestation est rendue à titre onéreux - Le lien étroit s'apprécie au regard de la régularité ou de l'importance de la prestation - Le lien est connu par la banque

Cadre règlementaire des contrats dits responsables

Instaurés par les pouvoirs publics, les contrats dits "responsables" désignent les contrats de complémentaire santé qui "encouragent à la juste dépense et non à la consommation inutile".

Les contrats responsables se doivent

- d'assurer un bon niveau de remboursement des prestations courantes (consultations, médicaments, analyses médicales),
- de favoriser le respect du parcours de soins coordonnés.

Les avantages liés au cadre règlementaire des contrats responsables

Quels sont les avantages pour un assuré de souscrire un contrat responsable ?

- bénéficier d'une TSA (taxe de solidarité additionnelle) réduite de 13,27 % au lieu de 20,27 % pour les contrats non responsables,
- pour les assurés TNS non agricoles, pouvoir déduire leur cotisation dans le cadre de la loi Madelin.

Les obligations à satisfaire par les contrats responsables avant le décret du 18 novembre 2014

Une complémentaire santé responsable devait rembourser

- **Le ticket modérateur pour les consultations du médecin traitant ou du médecin correspondant dans le cadre du parcours de soins.**

			Dépense à la charge de
		Participation forfaitaire 1 €	**L'assuré**
Dépense réelle 25 €	**Base de remboursement (BR) 25 €**	Remboursement de la Sécurité sociale, 70 % de la BR moins la participation forfaitaire, soit 17,50 – 1 = 16,50 €	l'assurance maladie obligatoire
		Ticket modérateur 7,50 €	la complémentaire santé AGIPI

Le ticket modérateur correspond à la différence entre la base de remboursement (BR) et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, avant application de la participation forfaitaire d'un euro ou de la franchise médicale.

- **30 % du tarif des médicaments remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire (ex-vignettes blanches),**
- **35 % du tarif des examens de biologie médicale prescrits par le médecin traitant (ou le médecin correspondant),**
- **Le ticket modérateur de deux prestations de prévention à choisir sur la liste établie par le ministère de la santé (arrêté du 8 juin 2006).**

Une complémentaire santé responsable ne devait pas prendre en charge

- la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et certains examens médicaux,
- la franchise médicale,
- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins.

Exemple d'une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1.

Dans le parcours de soins			Dépense à la charge de
		Participation forfaitaire 1 €	**L'assuré**
Dépense réelle 25 €	**Base de remboursement (BR) 25 €**	Remboursement de la Sécurité sociale, 70 % de la BR moins la participation forfaitaire, soit 17,50 – 1 = 16,50 €	l'assurance maladie obligatoire
		Ticket modérateur : 30 % de la BR 7,50 €	la complémentaire santé AGIPI

Hors parcours de soins			Dépense à la charge de
		Participation forfaitaire 1 €	**L'assuré**
Dépense réelle 25 €	**Base de remboursement (BR) 25 €**	Remboursement de la Sécurité sociale, 30 % de la BR moins la participation forfaitaire, soit 7,50 – 1 = 6,50 €	l'assurance maladie obligatoire
		Ticket modérateur : 7,50 € (30 % de la BR)	la complémentaire santé AGIPI
		+ 10,00 € (25-1-6,50-7,50)	l'assuré

- **Les dépassements d'honoraires pratiqués par un médecin consulté hors parcours de soins.**
- **Les dépassements d'honoraires si l'assuré refuse que le médecin traitant consulte son dossier médical personnel.**

Les obligations complémentaires à respecter par les contrats responsables depuis le décret du 18 novembre 2014

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a posé les bases d'une réforme qui vise à renforcer les obligations des contrats responsables et à renouveler les objectifs de ce dispositif autour de deux orientations :

- promouvoir l'accès aux soins en relevant la couverture minimale du contrat responsable sur le panier de soins courants, afin de réduire le reste à charge des assurés,
- maîtriser l'évolution des pratiques tarifaires excessives des professionnels de santé sur certains soins, afin de contribuer à contenir le coût global des soins pour les ménages.

Le décret du 18 novembre 2014 et la circulaire du 30 janvier 2015 imposent ainsi de nouvelles règles aux mutuelles santé, assurances santé ou complémentaires santé.

Désormais les contrats d'assurance complémentaire doivent satisfaire à certaines obligations réglementaires complémentaires pour permettre à leurs assurés de pouvoir continuer à bénéficier des avantages du régime : taxe allégée et bénéfice du dispositif de la loi Madelin pour les professions libérales.

La réforme des contrats responsables prévoit

La prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins remboursés par l'assurance maladie obligatoire

Cette obligation de prise en charge intégrale du ticket modérateur couvre donc les consultations et les actes des professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments à 65 %, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Exceptions

- Les cures thermales,
- Les médicaments remboursés à 15 % et à 30 % et les médicaments homéopathiques.

La prise en charge du forfait journalier à l'hôpital sans aucune limite de durée

Le forfait journalier hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entrainés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé y compris le jour de sortie. Toutefois, certains motifs d'hospitalisation peuvent permettre d'en être exonéré.

Montant

Depuis le 1er janvier 2018, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel s'élève à :
20,00 € par jour en hôpital ou en clinique,
15,00 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Exonération

Le forfait journalier hospitalier n'est pas dû :

- pour les femmes enceintes hospitalisées pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant les 12 jours après l'accouchement,
- pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME),
- pour les enfants hospitalisés dans les trente jours suivant leur naissance,
- pour les hospitalisations relatives aux accidents du travail ou à une maladie professionnelle,
- pour les soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile,
- pour les bénéficiaires relevant du régime d'Alsace-Moselle,

- pour les titulaires d'une pension militaire,
- pour les victimes d'un acte de terrorisme bénéficiant d'une pris en charge intégrale pour les soins en rapport avec cet évènement dès lors qu'elles possèdent une attestation en cours de validité,
- pour les enfants handicapés de moins de 20 ans hébergés dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle.

Une prise en charge encadrée de l'optique

Pour les lunettes

- un encadrement des remboursements (planchers et plafonds),
- une prise en charge différenciée selon le type de verre et le degré de correction,
- un remboursement des montures limité à 100 €,
- une prise en charge des lunettes limitée à une paire tous les 2 ans (cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue sur prescription médicale).

Pour les lentilles

- la prise en charge du ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire même si le forfait annuel est épuisé.

Une nouvelle prise en charge des dépassements d'honoraires pour les soins en hospitalisation mais aussi pour les consultations et actes techniques pratiqués par les médecins généralistes et spécialistes pour les soins de ville

Le législateur a fixé une double contrainte concernant les dépassements d'honoraires :

- prise en charge plafonnée à 200 % de la base de remboursement pour les médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique TArifaire Maitrisée (OPTAM, OPTAM-CO, CAS),
- les contrats responsables doivent désormais faire apparaître des remboursements différenciés (de minimum 20 points de la base de remboursement) en faveur des médecins ayant adhéré à un DPTAM.

L'OPTAM et l'OPTAM-CO remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

La nouvelle convention médicale, entrée en vigueur en 2017, introduit deux nouvelles options qui remplacent le dispositif du CAS en apportant un cadre conventionnel plus lisible et attractif pour les professionnels de santé :
L'option pratique tarifaire maitrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (médecins de secteur 2).
L'option pratique tarifaire maitrisée, chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.
La nouvelle convention conserve les mêmes objectifs que ceux du CAS, à savoir :

- limiter le niveau des dépassements d'honoraires,
- améliorer le niveau de remboursement de l'assurance maladie,
- réduire le reste à charge des assurés.

L'option de pratique tarifaire modérée est destinée à favoriser l'accès aux soins pour les assurés en leur permettant d'être mieux remboursés avec un alignement sur la base des tarifs de secteur 1.

Exemple de tarifs de consultations de médecins spécialistes en accès direct dans le parcours de soins coordonnés

Médecin consulté		Tarif de consultation	Base de remboursement	Montant remboursé par le Régime Obligatoire (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €)
Ophtalmologue et gynécologue	Secteur 1	30 €	**30 €**	20,00 €
	Ayant adhéré à l'un des DPTAM	Honoraires avec dépassements maitrisés	**30 €**	20,00 €
	Secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,10 €
Psychiatre (patient de 16 à 25 ans)	Secteur 1	46,70 €	**46,70 €**	31,69 €
	Ayant adhéré à l'un des DPTAM	Honoraires avec dépassements maitrisés	**46,70 €**	31,69 €
	Secteur 2	Honoraires libres	39 €	26,30 €

Les obligations complémentaires à respecter dans le cadre de la réforme 100 % Santé

La réforme « 100 % Santé » est une évolution réglementaire majeure associant la Sécurité Sociale, les professionnels de santé, les réseaux de soins et les assureurs.
Son objectif est d'éviter que les assurés ne renoncent à certains soins pour des raisons financières. Il s'agit de leur donner la possibilité d'accéder à des équipements de qualité sans aucun reste à charge.
Trois équipements sont concernés : les audioprothèses, les lunettes et les prothèses dentaires.

Cette réforme induit une nouvelle mise en conformité d'Agipi Santé pour permettre aux assurés de continuer à bénéficier du régime fiscal et social avantageux du contrat responsable.

Depuis le 1er janvier 2020, la prise en charge des lunettes reste limitée à une paire tous les deux ans. Mais cette période est réduite à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent désormais le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, etc).

La prise en charge des montures au sein des forfaits est limitée à 100 € au lieu de 150 € précédemment.

Qui pourra en bénéficier ?

Toutes les personnes assurées par une complémentaire santé responsable à partir du moment où elles choisissent des soins ou équipements éligibles.

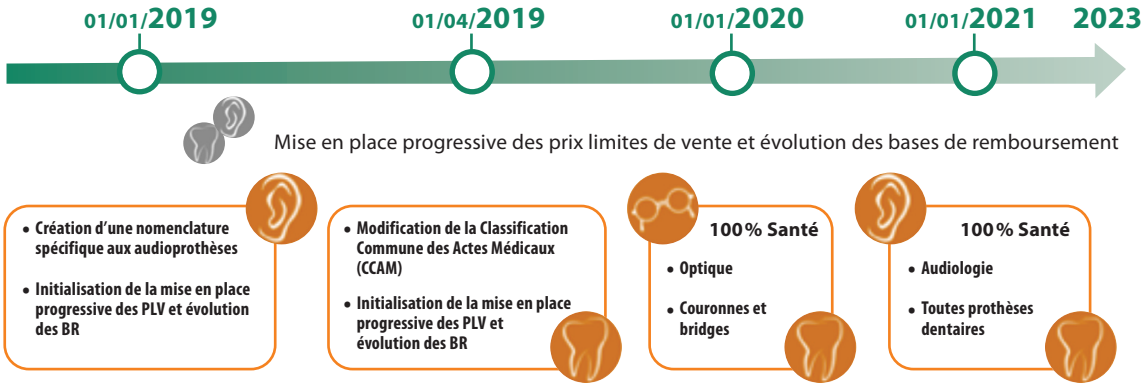
Quelles sont les évolutions pour les trois équipements concernés ?

Création de paniers de soins 100 % Santé composés d'équipements permettant de n'avoir aucun reste à charge,
Mise en place de Prix Limites de Vente (PLV) ou de Facturation (PLF) s'imposant aux professionnels de santé,
Augmentation de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour un certain nombre de prestations,

! IMPORTANT

L'assuré restera toujours libre de choisir les équipements et matériaux de son choix.
En optant pour le panier libre, le prix des équipements inclus dans ce panier sera fixé librement par les professionnels de santé et le reste à charge sera variable selon le niveau de garantie de la formule du contrat retenue.
N.B. pour les prothèses dentaires, un troisième panier sera créé : le panier maitrisé situé entre le panier 100 % Santé et le panier libre.
Les équipements inclus dans ce panier seront soumis à des prix limite de vente supérieurs à ceux du panier 100 % Santé. Le reste à charge sera variable selon le niveau de garantie de la formule du contrat retenue.

Quel est le calendrier ?



S'ajoute à cette réforme l'engagement déontologique pris par les familles professionnelles d'assurance complémentaire (UNOCAM) pour l'amélioration de la lisibilité des garanties.

Une couverture viagère, immédiate et sans sélection médicale

L'accès aux garanties de remboursement des frais de santé n'est subordonné à aucune sélection médicale à la souscription, le tarif appliqué est donc indépendant de l'état de santé.
De plus la couverture est active dès l'adhésion (sauf allocation de naissance ou d'adoption) et permet à l'assuré de bénéficier d'une protection santé la vie durant, les garanties santé d'Agipi Santé étant viagères.

Toutefois, les garanties hospitalisation sont remboursées sur la base du ticket modérateur les trois premiers mois quelle que soit la formule choisie (sauf s'il s'agit d'une hospitalisation consécutive à un accident).

Une offre compacte, lisible et très couvrante

Elle se décline selon trois formules de garanties au choix adaptées aux réels besoins de chacun : TM+, Confort et Privilège. Les remboursements des rubriques dentaire et optique sont exprimés en euros pour une meilleure lisibilité du niveau de couverture proposé.

Les niveaux de remboursement sont conséquents concernant l'ensemble des soins courants et particulièrement les postes de soins les plus coûteux pour limiter le reste à charge.

La formule est la même pour toute la famille assurée. Il est bien évidemment possible de la modifier à l'issue de 12 mois d'adhésion au 1er janvier de chaque année.

La fidélité récompensée

Quelle que soit la formule choisie, TM+, Confort et Privilège, les remboursements et les plafonds augmentent au fil des ans en dentaire et optique qui sont les deux postes de soins les plus coûteux.

Des garanties renforcées

En plus de la couverture des soins courants, Agipi Santé permet de bénéficier, selon la formule retenue :

- de la prise en charge d'actes non remboursés par l'assurance maladie obligatoire :
  - en dentaire : les implants, l'orthodontie pour adultes, la parodontologie,
  - en hospitalisation : la chambre particulière et le lit accompagnant, le forfait journalier hospitalier,
  - en optique : la chirurgie réfractive, les implants intraoculaires et certaines lentilles de contact,
  - certains vaccins prescrits,
- de la prise en charge d'actes de prévention comme le sevrage tabagique prescrit médicalement et le scellement des sillons,
- d'une allocation forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption, doublée en cas de naissance gémellaire. L'allocation naissance vient en complément de la prise en charge des coûts liés à l'hospitalisation.

Une prise en charge étendue des médecines douces

Agipi Santé contribue au bien-être des assurés en prenant en charge les séances d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, de podologie, de psychothérapie, de psychomotricité, de psychologie, de sophrologie, de naturopathie et de diététique.

Des formules spécifiques

Si l'assuré exerce la profession de médecin, chirurgien-dentiste, orthodontiste, stomatologiste, opticien, ophtalmologiste ou pharmacien, il peut choisir pour lui-même et sa famille assurée le remboursement a minima, voire le non remboursement de certains actes, indiqués ci-dessous, et bénéficier en conséquence d'un tarif adapté.

Si son conjoint exerce une des professions indiquées ci-dessus, il peut également bénéficier des mêmes formules spécifiques.

	Actes remboursés à minima ou non remboursés
Médecins généralistes et spécialistes	Les consultations (y compris sevrage tabagique), actes et visites ne sont remboursés qu'à hauteur du ticket modérateur. Les consultations et visites dans le cadre d'une hospitalisation sont remboursées.
Pharmaciens	Seuls les médicaments à SMR majeur ou important sont remboursés à hauteur du ticket modérateur au titre de la garantie "remboursement des frais de santé".
Chirurgiens-dentistes, orthodontistes ou stomatologistes	Les soins et prothèses du panier "100 % Santé" sont remboursés aux frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation tandis que seuls les consultations et soins dentaires remboursés par le régime obligatoire, les prothèses des paniers maitrisé et libre remboursés par le régime obligatoire, l'orthodontie remboursée par le régime obligatoire ainsi que le scellement des sillons sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur au titre de la garantie "remboursement des frais de santé".
Opticiens et ophtalmologistes	Les équipements "100 % Santé" sont remboursés aux frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation tandis que les lunettes à tarif libre ainsi que les lentilles remboursées par le régime obligatoire sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur au titre de la garantie "remboursement des frais de santé".

Des garanties très complètes d'assistance en cas d'hospitalisation et d'immobilisation

Les garanties d'assistance sont incluses quelle que soit la formule choisie. Pour plus d'informations, se référer à la brochure dédiée (Agipi Santé Assistance).

Des aménagements tarifaires pour les enfants

- réduction tarifaire de 10 % sur les cotisations des enfants de moins de 11 ans,
- gratuité des cotisations pour les 3e et 4e enfants assurés (dans l'ordre des naissances) jusqu'au 1er janvier de l'année de leur 26e anniversaire (sans limite d'âge pour un enfant handicapé).

De la modularité grâce aux packs

Des garanties allégées sur certains postes permettent de bénéficier d'un tarif adapté.
L'assuré peut opter soit pour le pack « garanties allégées hors optique-dentaire », soit pour le pack « couverture optique-dentaire allégée », soit pour les deux conjointement.

Des services utiles qui facilitent le quotidien

- le tiers-payant : pour ne pas faire l'avance de certains frais médicaux ou pharmaceutiques,
- la prise en charge en cas d'hospitalisation,
- la réalisation de devis en optique ou dentaire,
- un espace adhérent sécurisé.

Accessible sur www.agipi.com, il permet de consulter et télécharger les décomptes de remboursement et la carte ATPS, d'apporter des informations sous forme de fiches pratiques.

Une TSA (taxe de solidarité additionnelle) réduite et, pour les TNS non agricoles, la possibilité de déduire leur cotisation dans le cadre de la loi Madelin conformément aux avantages liés au cadre règlementaire des contrats dits responsables.

My Easy Santé

My Easy Santé est un service web et mobile inclus dans l'offre Agipi Santé. Axé sur le bien-être et la prévention, il accompagne l'assuré au quotidien pour préserver et améliorer sa santé.

Un accès aux partenaires opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes

du réseau Itelis pour des prestations de santé de qualité au meilleur coût.

Un accès au programme Hospiway

un service d'aide en ligne pour préparer sereinement une hospitalisation.

Un accès au service de téléconsultation médicale

Ce service, inclus dans l'offre Agipi Santé, vous permet en cas de problème de santé, de consulter par téléphone un médecin AXA à tout moment, 24h/24, 7j/7, en France et partout dans le monde.

Un accès au service Angel

Ce service, inclus dans l'offre Agipi Santé, permet d'apporter toutes les réponses aux interrogations médicales ou sociales de l'assuré.

Angel, c'est une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, médecins, conseillers services en santé, conseiller en économie sociale et familiale, diététiciens et psychologues) accessible par téléphone ou chat.

Angel conseille, facilite les démarches et trouve des solutions adaptées pour l'assuré et ses proches.

De l'accès (grâce à une ligne dédiée 24/24, et 7J/7 en illimité) au service de soutien psychologique et de prise en charge juridique si l'assuré est victime de violences conjugales.

Garanties remboursement des frais de santé

Les garanties exprimées en pourcentage sont calculées par rapport à la base de remboursement du régime obligatoire et incluent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire. Les garanties exprimées en euros viennent en complément de l'éventuelle prise en charge de l'assurance obligatoire sauf indication spécifique.

	TM +	Confort	Privilège
HOSPITALISATION			
Honoraires			
Participation hospitalière actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité Soins et honoraires en secteur conventionné et non conventionné			
- Praticiens ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM) - Praticiens n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 % 100 %	275 % 200 %	400 % 200 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour			
Frais de séjour en établissement conventionné, hors soins de suite et de réadaptation (SSR) Frais de séjour en établissement non conventionné, hors soins de suite et de réadaptation (SSR) Frais de séjour en cas d'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (SSR)	Frais réels 100 % 100 %	Frais réels 165 % 100 %	Frais réels 300 % 100 %
Chambre particulière			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité d'au moins 24 heures	40 €/jour	75 €/jour	100 €/jour
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité en ambulatoire (prise en charge si acte technique médical, de chirurgie et d'anesthésie)	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (SSR), dans la limite de 20 jours par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	40 €/jour	50 €/jour
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans et enfant handicapé de moins de 26 ans) en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité d'au moins 24 heures, dans la limite de 15 jours par année civile	15 €/jour	25 €/jour	35 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD), hors honoraires médicaux, remboursement sur base régime obligatoire	100 %	150 %	300 %
Assistance Hospitalisation (**) Location de téléviseur, présence d'un proche, aide-ménagère, répétiteur scolaire, mise à disposition de matériel médical (prise en charge des frais de livraison)…	Incluse	Incluse	Incluse
TRANSPORT SANITAIRE			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou pour la médecine de ville : remboursement sur base régime obligatoire	100 %	150 %	300 %
Assistance AGIPI (**) Envoi d'une ambulance sur prescription médicale	Incluse	Incluse	Incluse

	TM +	Confort	Privilège
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations, actes et visites			
- Médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 %	185 %	300 %
- Médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 %	165 %	200 %
Actes de radiologie (radiographie, scanographie, IRM, échographie, mammographie, scintigraphie et électrocardiographie)			
- Médecins ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 %	185 %	300 %
- Médecins n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 %	165 %	200 %
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux suivants : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes.	100 %	165 %	300 %
Psychologues pris en charge par le régime obligatoire (dispositif MonPsy)			
Séances d'accompagnement par un psychologue et prises en charge par la Sécurité Sociale dans le cadre du dispositif MonPsy	8 séances par an 40€ la première séance / 30€ les suivantes		
Analyses et examens de laboratoire			
Examens médicaux (biologie et analyses médicales)	100 %	165 %	300 %
Médicaments			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important (remboursés à 65 % par le régime obligatoire)	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré (remboursés à 30 % par le régime obligatoire)	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible (remboursés à 15 % par le régime obligatoire)	100 %	100 %	100 %
Préparations magistrales prescrites (remboursées à 30% par le régime obligatoire)	100 %	100 %	100 %
Contraceptifs prescrits non pris en charge par le régime obligatoire (plafond par année civile et par bénéficiaire)	30 €	60 €	90 €
Assistance Pharmacie** Livraison de médicaments (suite à immobilisation)	Incluse	Incluse	Incluse
Matériel médical			
Appareillage			
Remboursement sur base régime obligatoire	100 %	165 %	300 %
Prothèses capillaires et mammaires			
Remboursement sur base régime obligatoire	100 %	165 %	300 %
AIDES AUDITIVES			
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.			
Equipements 100 % Santé (*) (aides auditives de classe1)	Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation		
Equipements à tarif libre (classe 2)			
Remboursement sur base régime obligatoire	100 %	100 %	100 %
Complément de remboursement	+50 €	+150 €	+400 €
ALLOCATION DE NAISSANCE OU D'ADOPTION			
Naissance (une allocation par enfant, subordonnée à l'inscription de celui-ci à la garantie remboursement des frais de santé d'Agipi Santé)			
Le forfait vient en complément de la prise en charge des coûts liés à l'hospitalisation (se référer à la rubrique hospitalisation). Ce forfait est doublé en cas de naissance gémellaire. (délai d'attente de 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion).	100 €	200 €	400 €
Adoption (une allocation par enfant, subordonnée à l'inscription de celui-ci à la garantie remboursement des frais de santé d'Agipi Santé)			
Forfait (délai d'attente de 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion).	100 €	200 €	400 €

	TM +	Confort	Privilège
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé(*)	**Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation**		
Soins : consultations, soins dentaires (dont actes de parodontologie et d'endodontie) **remboursés par le régime obligatoire,** par acte et par bénéficiaire			
Remboursement sur base régime obligatoire	100 %	165 %	300 %
Inlays / Onlays Par acte et par bénéficiaire			
Remboursement sur base régime obligatoire	150 %	200 %	400 %
Prothèses "reste à charge maîtrisé et libre"			
Prothèses dentaires remboursées ou non par le régime obligatoire (dont couronne et bridge), par prothèse et par bénéficiaire			
Remboursement sur base régime obligatoire	100 %	100 %	100 %
Complément de remboursement	+100 €	+250 €	+550 €
Implants dentaires, par implant et par bénéficiaire			
Remboursement 1re et 2e année	200 €	400 €	750 €
BONUS FIDÉLITÉ Remboursement 3e année et suivantes	250 €	500 €	900 €
Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire, par année civile et par bénéficiaire			
Remboursement	100 €	150 €	200 €
Plafond annuel de remboursement de 1re année pour implants, prothèses des paniers maîtrisés et libres(1) et parodontologie non remboursée	400 €	800 €	1 250 €
Plafond annuel de remboursement de 2e année pour implants, prothèses des paniers maîtrisés et libres(1) et parodontologie non remboursée	800 €	1 600 €	2 500 €
Plafond annuel de remboursement de 3e année et suivantes pour implants, prothèses des paniers maîtrisés et libres(1) et parodontologie non remboursée	1000 €	2 000 €	4 000 €
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire, par semestre et par bénéficiaire			
Remboursement 1re et 2e année	100 €	275 €	610 €
BONUS FIDÉLITÉ Remboursement 3e année et suivantes	130 €	325 €	710 €
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire, par semestre et par bénéficiaire (4 semestres consécutifs maximum)			
Remboursement 1re et 2e année	Non pris en charge	150 €	200 €
BONUS FIDÉLITÉ Remboursement 3e année et suivantes	Non pris en charge	200 €	300 €

OPTIQUE

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans. Cette période est réduite à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Equipements 100% Santé(*) — **Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation**

Lunettes (montures et verres) à tarifs libres par bénéficiaire

Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, etc).

La prise en charge des montures au sein des forfaits ci-dessous est limitée à 100 €.

	TM +	Confort	Privilège
Monture + 2 verres simples	100 €	250 €	350 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	125 €	300 €	425 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes	200 €	375 €	530 €
BONUS RESPONSABLE après 2 années civiles entières consécutives sans remboursement pour les équipements contenant 2 verres simples	+50 €	+60 €	+70 €
BONUS RESPONSABLE après 2 années civiles entières consécutives sans remboursement pour les équipements contenant au moins un verre complexe ou très complexe	+50 €	+100 €	+120 €

	TM +	Confort	Privilège

OPTIQUE

Equipements mixtes
Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% Santé et équipements à tarif libre (par exemple monture 100% Santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% Santé), les équipements 100% Santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation. Le remboursement des équipements à tarif libre est diminué de celui accordé pour les équipements 100% Santé. Si la monture est à tarif libre, son remboursement ne peut excéder 100 €.

Lentilles de contact prescrites souples ou rigides remboursées (2) ou non par le régime obligatoire par année civile et par bénéficiaire			
Remboursement	75 €	150 €	250 €
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) et implants intraoculaires par bénéficiaire			
Remboursement 1re année	50 €/œil	100 €/œil	170 €/œil
BONUS FIDÉLITÉ Remboursement 2e année	100 €/œil	200 €/œil	340 €/œil
BONUS FIDÉLITÉ Remboursement 3e année et suivantes	150 €/œil	300 €/œil	510 €/œil

PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

Vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire			
Une fois par année civile et par bénéficiaire	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médecine douce (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie, diététique, psychologie, sophrologie, naturopathie et psychomotricité) non remboursée par la Sécurité sociale			
Plafond par année civile pour chaque bénéficiaire	60 € (30 € maximum par acte)	120 € (40 € maximum par acte)	200 € (50 € maximum par acte)
Cures thermales remboursées par le régime obligatoire			
Plafond par année civile pour chaque bénéficiaire de moins de 66 ans	100 €	200 €	400 €
Sevrage tabagique / Plafond unique dans la vie de l'adhésion par bénéficiaire			
Consultations	100 %	150 %	200 %
Médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	90 % Frais réel	90 % Frais réel	90 % Frais réel
Plafond de remboursement	100 €	200 €	300 €
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures Sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1res et 2es molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14e anniversaire	100 %	165 %	300 %

(1) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà des plafonds annuels indiqués
(2) Le ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé
(*) Tels que définis réglementairement
(**) Prestations sous conditions disponibles sur simple appel à Agipi Santé Assistance au 01 55 92 23 03.

CONFORME à la réforme 100% SANTÉ

Assistance vie quotidienne

Garanties et prestations	Disponibilité	Intervention	Formule
Services vie quotidienne Renseignements téléphoniques. **Informations et conseils médicaux** Informations et conseils médicaux par un médecin. Renseignement d'ordre général dans le domaine médical. Pas de délivrance de consultation médicale téléphonique ou d'automédication. **Recherche et envoi d'une infirmière** Sur prescription médicale. Prestations à charge du bénéficiaire et dans la limite des disponibilités locales. **Services à domicile** Mise en relation avec prestataire. Prestations à charge du bénéficiaire.	8h - 20h et 7j/7	France	Privilège Confort TM +

Assistance psychologique

Garanties et prestations	Disponibilité	Intervention	Formule
Mise en relation avec un psychologue En cas d'atteinte corporelle ou agression. Consultation à charge du bénéficiaire.	8h - 20h et 7j/7	France	Privilège Confort TM +

Garanties violences conjugales

Ces garanties sont acquises quelles que soient les garanties souscrites.

Une ligne téléphonique dédiée accessible 24h/24 et 7j/7 au 01 55 92 24 58

Soutien psychologique
Un espace d'écoute et d'échange.
Des entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien.

Couverture juridique
Des informations juridiques par téléphone.
Une aide à la résolution amiable des litiges.
Une prise en charge financière liée à la résolution du litige dans la limite de 15 000 euros.

Coaching individuel
Une analyse personnalisée de la situation de l'assuré.
Un accompagnement avec un coach certifié entre 3 à 5 séances sur plusieurs semaines.

Hospitalisation ou immobilisation à domicile

Garanties acquises en cas d'hospitalisation :

- supérieure à 24 heures (huit jours en cas d'accouchement) dans le cadre des **formules TM+, Confort** et **Privilège**.
- en ambulatoire pour un acte d'exploration ou une intervention, sous anesthésie générale ou locale, dans le cadre de la **Formule Privilège**.

Garanties acquises en cas d'immobilisation au domicile supérieure à :

- huit jours dans le cadre de la **Formule TM+**, cinq jours dans le cadre de la **Formule Confort**, trois jours dans le cadre de la **Formule Privilège**.

Garanties et prestations	Disponibilité	Intervention	Formule
Aide-ménagère Recherche et prise en charge des services d'une aide-ménagère pendant la durée d'immobilisation ou au retour au domicile. Durée de présence fixée par une équipe médicale. 1 intervention par bénéficiaire et par année civile et 40 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de début de l'hospitalisation ou d'immobilisation ou de retour au domicile. **Garde malade ou Auxiliaire de vie** Sur prescription médicale. 40 heures maximum en continu ou fractionnées avec 4 heures minimum consécutives par intervention. 1 intervention par bénéficiaire et par année civile. **Garde des enfants de moins de 16 ans** Dès le 1er jour de l'incident, organisation et prise en charge : ▪ soit de l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire, ▪ soit de l'acheminement des enfants au domicile d'un proche, ▪ soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, jusqu'à 40 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation. 1 intervention par bénéficiaire et par année civile. **Présence d'un proche** Organisation et prise en charge d'un titre de transport aller-retour pour se rendre au chevet du bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé si aucun membre de la famille ne se trouve à moins de 50 km du bénéficiaire. Prise en charge des frais d'hébergement à l'hôtel 2 nuits maximum à 60 € TTC la nuitée maximum. 1 intervention par bénéficiaire et par année civile.	**24h - 24h et 7j/7**	**France**	**Privilège Confort TM +**

Hospitalisation ou immobilisation à domicile

Garanties et prestations	Disponibilité	Intervention	Formule
Recherche et livraison de médicaments Organisation et prise en charge de la recherche et de l'acheminement de médicaments si ordonnance de moins de 3 mois et dans les 30 jours qui suivent la date de l'incident. Coût des médicaments à la charge du bénéficiaire. **Envoi d'une ambulance** Sur prescription médicale, organisation et prise en charge du transport du bénéficiaire vers l'hôpital le plus proche dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire si hospitalisation dans l'établissement public ou privé de soins et dans les limites des frais réels restant à charge du bénéficiaire. **Location de téléviseur en cas d'hospitalisation** Hospitalisation supérieure à 24 heures. 80 € maximum par fait générateur. **Remboursement de frais de téléphone en cas d'hospitalisation** 50 € maximum par fait générateur. **Soutien scolaire en France si hospitalisation de plus de 24 heures de l'enfant bénéficiaire et immobilisation à domicile et absence scolaire de plus de 15 jours minimum durant l'année scolaire en cours** 1 intervention par bénéficiaire et par année civile pour une durée maximum de 2 mois dans l'année civile. **Auxiliaire de puériculture en cas de naissance** Prise en charge de la visite au domicile du bénéficiaire. 2 heures maximum dans les 5 jours ouvrés qui suivent la sortie de la maternité. **Garde des ascendants, des descendants ou du conjoint dépendant ou handicapé** Dès le 1er jour de l'incident, organisation et prise en charge : ▪ soit de l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire, ▪ soit de l'acheminement du conjoint ou des ascendants ou descendants au domicile d'un proche, ▪ soit de la garde des ascendants, descendants ou du conjoint par du personnel qualifié pendant 20 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives par intervention. 1 intervention par bénéficiaire et par année civile. **Garde et transfert des animaux domestiques** **Prise en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire** ▪ soit le transfert et la garde dans la limite de 2 animaux jusqu'à la pension la plus proche du domicile, les frais de pension étant dans ce cas pris en charge à concurrence de 200 € TTC par évènement et pour l'ensemble des animaux, ▪ soit le transfert au domicile d'un proche. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile et par bénéficiaire**	**24h - 24h et 7j/7**	**France**	**Privilège Confort TM +**

Assistance en cas d'hospitalisation longue d'un enfant

Garanties et prestations	Disponibilité	Intervention	Formule
Garde des autres enfants du bénéficiaire de moins de 16 ans Organisation et prise en charge : ▪ soit de l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire, ▪ soit de l'acheminement des enfants au domicile d'un proche ▪ soit de la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, jusqu'à 40 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. ▪ Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation. 2 interventions par années civiles et par bénéficiaire **Remboursement de frais** Pendant la présence du bénéficiaire auprès d'un enfant hospitalisé. 100 € maximum de frais de parking et jusqu'à 200 € maximum de frais de restauration sur justificatifs d'originaux.	**24h - 24h et 7j/7**	**France**	**Privilège**

Garantie d'assurance de frais médicaux à l'étranger

Garanties et prestations	Disponibilité	Intervention	Formule
Remboursement des frais médicaux et chirurgicaux à l'étranger et avance des frais hospitaliers à l'étranger Frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursement de la caisse d'assurance maladie ou tout autre organisme (selon plafonds). Garantie uniquement si bénéficiaire affilié CAM ou autre régime le garantissant pour le remboursement des frais médicaux - Conditions d'indemnisation dans la notice Agipi Santé. **En cas d'avance des frais hospitaliers à l'étranger** Délai de 3 mois maximum pour remboursement par le bénéficiaire des sommes avancées.	24h - 24h et 7j/7	Etranger	Privilège Confort TM +

Assistance aux personnes en cas d'accident et de maladie dans le monde entier

Garanties et prestations	Disponibilité	Intervention	Formule
Rapatriement médical Organisation et prise en charge.	24h - 24h et 7j/7	France et étranger	Privilège Confort TM +
Envoi d'un médecin sur place à l'étranger En vue d'un rapatriement. Prise en charge des frais de déplacement et consultation du médecin.		Etranger	
Retour des bénéficiaires En cas de rapatriement médical ou du corps du bénéficiaire. Organisation et prise en charge d'un titre de transport si transport initial n'est ni utilisable, ni remboursable.		France et étranger	
Envoi de médicaments à l'étranger Organisation et prise en charge des frais d'expédition. A l'exclusion des traitements de longue durée nécessitant des envois réguliers et des demandes de vaccins. Coût des médicaments et frais de dédouanement à charge du bénéficiaire.		Etranger	
Retour anticipé Organisation et prise en charge du retour du bénéficiaire au domicile suite à décès ou hospitalisation en France supérieure à 7 jours d'un membre de la famille. Retour dans les 8 jours suivant la date d'hospitalisation ou du décès et date de l'hospitalisation et décès postérieurs à date de départ du bénéficiaire. Délai de carence de six mois appliqué en cas de maladie d'un membre de la famille.		France et étranger	
Visite d'un membre de la famille ou d'un proche Si l'état du bénéficiaire ne permet pas le rapatriement ou si hospitalisation locale supérieure à 5 jours. Hospitalisation sans franchise si enfant mineur ou pronostic vital engagé. Organisation et prise en charge du transport et frais de séjour sur place de deux nuits à 80 €/nuit maximum par bénéficiaire si absence sur place d'un membre majeur de la famille.		France et étranger	
Rapatriement en cas de décès Organisation et prise en charge du rapatriement du corps. Frais de cercueil liés au transport maximum 1 000 €. Pas de prise en charge des frais obsèques, cérémonie, inhumation.		France et étranger	

Modalités de paiement des cotisations

Le paiement des cotisations peut être annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel.
Les cotisations mensuelles ou trimestrielles sont payables par prélèvements automatiques.
Le tarif est présenté en cotisations **annuelles payables mensuellement sur 12 mois**.

Périodicité	Mois de prélèvement (le 10 du mois)	Réduction
Mensuelle	de janvier à décembre	/
Trimestrielle	janvier-avril-juillet-octobre	-2 %
Semestrielle	janvier-juillet	-3 %
Annuelle	janvier	-5 %

Lors de la création de l'affaire nouvelle

Le paiement de la cotisation, quel que soit le fractionnement choisi, peut être effectué par prélèvement automatique.

Adresser le document à ADIS via MON PORTAIL AGIPI par

- un RIB (le mandant SEPA étant intégré à la demande d'adhésion).

Mes Demandes
Acte affaire nouvelle

En cas de modifications des coordonnées bancaires

Adresser les documents à ADIS via MON PORTAIL AGIPI par

- un RIB,
- le formulaire Modalités de paiement des cotisations référence AGI 0025.

Mes Demandes
Acte modalités de paiement

La cotisation est prélevée selon l'échéancier fourni à l'adhérent.
NB Lorsqu'une adhésion prend effet en cours d'année et que la cotisation due sur la période est inférieure à 31 € hors frais d'association et de dossier, la cotisation totale ainsi que les frais sont prélevés en une seule fois peu importe le fractionnement choisi. L'échéancier choisi sera alors effectif à partir de l'année suivante.
Le paiement par chèque est uniquement possible dans le cas d'un fractionnement annuel ou semestriel.

Cotisation AGIPI et frais de dossier

La cotisation annuelle à AGIPI est de 15 €.
A la souscription, des frais de dossier de 15 € viennent s'ajouter à la cotisation AGIPI.
Ces frais de dossier sont perçus pour chaque dossier émis, quel que soit le nombre de dossiers d'un adhérent.

Résiliation

Le service Développement commercial se tient à votre disposition pour vous aider dans cette démarche. Un mail peut être envoyé à l'adresse suivante : service.developpement@agipi.com.
La demande de résiliation est visible depuis les alertes de gestion dans MON PORTAIL AGIPI.
Elle est bloquée 5 jours pour vous permettre de contacter votre client. Passé ce délai et sans réponse, la demande est prise en compte.
Dans le cas où vous souhaitez nous transmettre la demande de résiliation de l'adhérent :

Adresser le document à ADIS via MON PORTAIL AGIPI par

Mes Demandes
Acte résiliation

Changements d'adresse

En tant que conseiller vous avez la possibilité de demander le changement d'adresse sur les adhésions.
La demande de changement d'adresse de l'adhérent ou de l'assuré est à votre disposition sur le site www.agipi.com dans MON PORTAIL AGIPI, la rubrique "Consultation des adhésions" et l'onglet "Informations de l'adhérent".

- Pour une modification de l'adresse de l'adhérent : enregistrer à partir du nom de l'adhérent.
- Pour une modification d'adresse de l'assuré : enregistrer à partir du nom de l'assuré.

L'enregistrement est pris en compte pour les adhésions qui sont cochées lors de la demande de changement.

Hospitalisation et transport sanitaire

Le remboursement des frais d'hospitalisation par l'assurance maladie obligatoire

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, l'assurance maladie rembourse une partie des frais d'hospitalisation à 80 % (sauf cas particuliers). Ils seront remboursés après envoi à la caisse primaire d'assurance maladie du bulletin de sortie remis par l'établissement de soins lors du départ.

En cas d'hospitalisation dans une clinique privée non conventionnée, les frais restant à sa charge seront plus importants.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse pas :

- le montant du ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à charge après le remboursement de l'assurance maladie (20 % des frais d'hospitalisation),
- le forfait journalier hospitalier,
- les éventuels suppléments pour confort personnel, comme une chambre individuelle, le lit accompagnant, le téléphone, la télévision, etc,
- les dépassements d'honoraires médicaux,
- la participation hospitalière pour actes lourds.

La participation forfaitaire pour actes lourds

Le forfait est passé de 18 à 24 € depuis le 1er janvier 2019.

Application

- aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé ou en établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes,
- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60,
- aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux critères ci-dessus et en lien direct avec elle.

Exonération

Certains actes ou frais ne rentrent pas dans le champ d'application de la participation forfaitaire et sont pris en charge à 100 % :

- actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie d'un tarif supérieur ou égal à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60,
- frais de transport d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60,
- frais de transport entre les deux établissements ou, en cas d'hospitalisation à domicile, entre l'établissement et le domicile,
- frais d'hospitalisation à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutif.

En cas d'hospitalisation à domicile (HAD), l'assurance maladie rembourse les frais à 80 %, comme toute hospitalisation, sauf si l'assuré est dans une situation ouvrant droit à la prise en charge à 100 % (affection de longue durée, etc.).

Les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie sont, en règle générale, remboursés à 65 % suivant des modalités variables selon le mode de transport (exemple : les frais de transport en taxi conventionné, en VSL ou en ambulance sont remboursés à 65 % sur la base des tarifs conventionnels).

Le remboursement s'effectue sur présentation de la prescription médicale - et éventuellement après accord préalable de l'assurance maladie - et du justificatif de paiement.

La couverture santé « hospitalisation » d'Agipi Santé

La couverture en cas d'hospitalisation de la complémentaire santé Agipi Santé est très complète et adaptée aux changements des pratiques de soins.

Agipi Santé couvre ainsi

- l'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité d'au moins 24 heures,
- l'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée),
- l'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (SSR),
- l'hospitalisation à domicile (HAD).

Agipi Santé prend en charge, selon la formule choisi, tout ou partie des frais non remboursés par l'assurance maladie

- soins et honoraires, y compris les dépassements d'honoraires médicaux,
- les frais réels concernant les frais de séjour en établissement conventionné et au minimum le ticket modérateur des frais de séjour en établissement non conventionné,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier,
- l'intégralité de la participation hospitalière pour actes lourds (forfait 18 €),
- la chambre particulière (y compris en ambulatoire),
- le lit d'accompagnant,
- les frais de location de téléviseur grâce aux garanties d'assistance.

La chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement). Son coût varie fortement selon les établissements et les régions.

Le lit accompagnant

Prestation correspondant aux frais de mise à disposition d'un lit pour la 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).

Exemple de prise en charge des frais d'hospitalisation (5 jours dont 4 nuitées) pour une intervention chirurgicale (ligament croisé antérieur du genou) dans un établissement conventionné. Praticiens non DPTAM

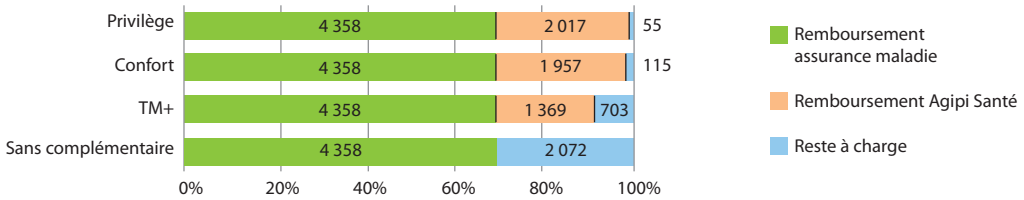
Soins et honoraires (600 € : chirurgie et 350 € : anesthésie)	Sans complémentaire	Avec Agipi Santé		
		TM+	Confort	Privilège
Base de remboursement				
Honoraires de chirurgie	311,41	311,41	311,41	311,41
Honoraires d'anesthésie	135,85	135,85	135,85	135,85
Remboursement assurance maladie				
Honoraires de chirurgie	249,13	249,13	249,13	249,13
Honoraires d'anesthésie	108,68	108,68	108,68	108,68
Remboursement Agipi Santé		89,45	536,71	536,71
Reste à charge	592,19	502,74	55,48	55,48

Frais de séjour (1 000 €/jour)	Sans complémentaire	Avec Agipi Santé		
		TM+	Confort	Privilège
Base de remboursement	5 000,00	5 000,00	5 000,00	5 000,00
Remboursement assurance maladie	4 000,00	4 000,00	4 000,00	4 000,00
Remboursement Agipi Santé		1 000,00	1 000,00	1 000,00
Reste à charge	1 000,00	0,00	0,00	0,00

Forfait journalier hospitalier (24 €/jour)	Sans complémentaire	Avec Agipi Santé		
		TM+	Confort	Privilège
Base de remboursement	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement assurance maladie	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement Agipi Santé		120,00	120,00	120,00
Reste à charge	120,00	0,00	0,00	0,00

Chambre particulière (90 €/nuitée)	Sans complémentaire	Avec Agipi Santé		
		TM+	Confort	Privilège
Base de remboursement	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement assurance maladie	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement Agipi Santé		160,00	300,00	360,00
Reste à charge	360,00	200,00	60,00	0,00

Au global, sur un coût total de 6 430 euros :



Honoraires médicaux, paramédicaux, analyses et examens de laboratoire

Ce qui est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire

Dans le cadre du parcours de soins, l'assurance maladie prend en charge les consultations chez les médecins à hauteur de 70 % du tarif conventionnel.
Selon la situation (en affection de longue durée, femme enceinte de plus de six mois, ou bénéfice de la complémentaire santé solidaire par exemple), les consultations chez les médecins conventionnés peuvent être prises en charge à 100 %.
Les actes des auxiliaires médicaux sont remboursés à hauteur de 60 % du tarif de convention.
Les actes de radiologie sont remboursés à hauteur de 70 % du tarif de convention.

Entrée en vigueur du dispositif MonPsy

Le dispositif MonPsy, introduit par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022, est entré en vigueur.

Il permet aux personnes dès l'âge de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) de bénéficier de séances (1) d'accompagnement psychologique prises en charge par l'Assurance maladie et, le cas échéant, la complémentaire santé AGIPI.
(1) : 8 séances au maximum, séance d'évaluation comprise

Pour pouvoir bénéficier de cet accompagnement psychologique réalisé par un psychologue partenaire (2), l'assuré santé, doit au préalable consulter son médecin qui évaluera si ce dispositif peut l'aider ou s'il est préférable de l'orienter vers des soins plus spécialisés.
(2) : Les coordonnées des psychologues partenaires du dispositif MonPsy se trouvent dans l'annuaire monpsy.sante.gouv.fr/annuaire

Lors de la consultation avec le médecin, ce dernier remettra à l'assuré un courrier d'adressage à présenter au psychologue.
Précisions :
- un accès direct au psychologue n'est pas possible pour être remboursé dans le cadre du dispositif MonPsy.
- pour les mineurs, le médecin vérifiera aussi le consentement des parents ou tuteurs.

Dans le cadre du dispositif MonPsy, l'accompagnement psychologique comprend :
- une première séance qui est un entretien d'évaluation (40 € la séance),
- entre 1 à 7 séances de suivi psychologique (30 € par séance). Ce nombre est adapté aux besoins de l'assuré par le psychologue.

Les séances peuvent être réalisées à distance, à l'exception de la 1ère séance.

Comment, en pratique, être remboursé ?
Le psychologue complète et transmet la feuille de soins à l'assuré avec les soins payés.
Afin d'être remboursé, l'assuré transmet à son organisme d'assurance maladie, la feuille de soins accompagnée du courrier d'adressage de son médecin.
Il est ensuite remboursé par son organisme d'assurance maladie obligatoire (60 % du tarif de la séance) et, le cas échéant, par sa complémentaire santé AGIPI (40 % du tarif de la séance).

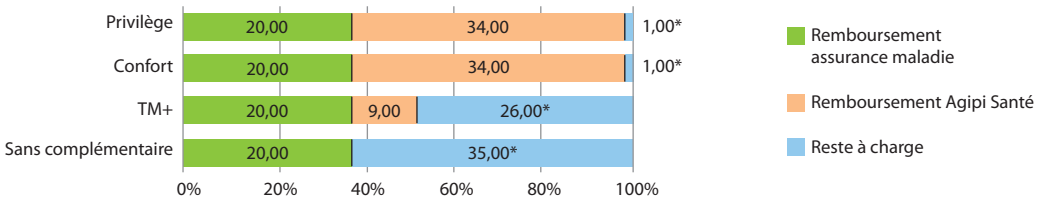
La couverture santé dédiée d'Agipi Santé

Agipi Santé prend en charge, selon la formule choisie, tout ou partie des frais non remboursés par l'assurance maladie :

Exemple de prise en charge d'une consultation de 55 € chez un ophtalmologue de secteur 2 ayant adhéré à l'un des DPTAM

	Sans complémentaire	Avec Agipi Santé		
		TM+	Confort	Privilège
Base de remboursement	30,00	30,00	30,00	30,00
Remboursement assurance maladie	20,00	20,00	20,00	20,00
Remboursement Agipi Santé		9,00	34,00	34,00
Reste à charge	35,00(*)	26,00(*)	1,00(*)	1,00(*)

(*) dont 1,00 € de participation forfaitaire non remboursable par les complémentaires santé dites responsables.



Médicaments

Ce qui est pris en charge par le régime obligatoire

Les médicaments sont pris en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale délivrée par un médecin, une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un directeur ou directeur adjoint de laboratoire d'analyses, dans la limite de leur exercice professionnel.
Certains topiques à usage externe peuvent également être pris en charge lorsqu'ils sont prescrits par un pédicure-podologue.

Taux de remboursement des médicaments pour l'assurance maladie obligatoire

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux,
- 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex vignettes blanches),
- 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré (ex vignettes bleues) et certaines préparations magistrales,
- 15 % pour les médicaments à service médical faible (ex vignettes oranges).

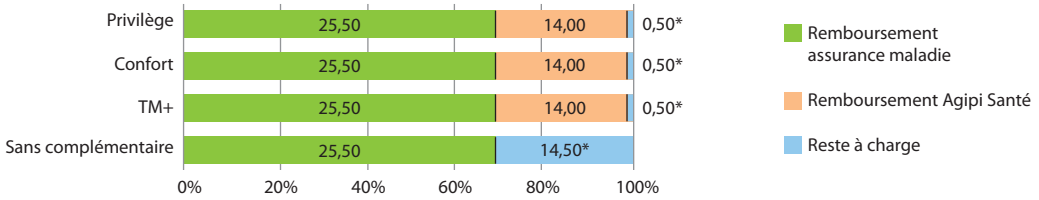
Ces taux de remboursement s'appliquent :
- soit sur la base du prix de vente (prix limite de vente fixé réglementairement),
- soit sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR).

Depuis la suppression des vignettes au 1er juillet 2014, le pharmacien est tenu de remettre au patient muni d'une prescription médicale une facture détaillée sur papier : c'est le "Ticket Vitale", imprimé sur le verso de l'original de l'ordonnance. Il indiquera, pour chaque médicament remboursable délivré, le prix, le taux de prise en charge et, le cas échéant, le tarif forfaitaire de responsabilité (base de remboursement).

La couverture santé « médicaments » d'Agipi Santé

Agipi Santé prend en charge tout ou partie des frais non remboursés par l'assurance maladie :
- le ticket modérateur de tous les médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire,
- les contraceptifs prescrits.

Exemple de prise en charge d'une boite de médicament (coût : 40 €) considérée à service médical rendu important (remboursée à 65 % par l'assurance maladie)



(*) dont 0,50 € de franchise médicale non remboursable par les complémentaires santé dites responsables.

Matériel médical

Appareillage

Le petit appareillage est remboursé, sur prescription, à 60 % par l'assurance maladie obligatoire sur la base d'un tarif de responsabilité fixé par la LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables constituée d'un ensemble d'arrêtés fixant la liste, les spécifications médicales et techniques et les tarifs de responsabilité des produits à usage médical individuel, aussi dénommés dispositifs médicaux, qui peuvent être pris en charge par les organismes d'assurance maladie).
Les produits de petit appareillage sont des aides techniques ponctuelles prescrites dans de nombreux domaines (traumatologie, rhumatologie, phlébologie…). Ces appareillages sont fabriqués selon des mensurations et références standards, correspondant à la majorité de la population et disponibles immédiatement.

Le petit appareillage comprend :
- les bandages herniaires,
- les orthèses plantaires orthopédiques (exemple : semelles orthopédiques…),
- les orthèses élastiques de contention des membres (exemples : bas et collants de contention, genouillères et chevillières…),
- les ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques (exemple : ceintures lombaires…),
- les colliers cervicaux,
- les appareils divers de correction orthopédique (exemples : attelles, béquilles…).

Le grand appareillage
(exemple : fauteuil roulant manuel ou électrique) est remboursé, sur prescription, à 100 % par l'assurance maladie obligatoire sur la base d'un tarif de responsabilité.

Prothèses mammaires et capillaires

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse pas les opérations purement esthétiques ; seule la pose de prothèses mammaires répondant à un problème médical (chirurgie réparatrice, malformation, asymétrie majeure…) peut être prise en charge par l'assurance maladie sur la base d'un tarif de convention.
Pour les prothèses mammaires externes et sous réserve que le médecin ait bien complété le protocole de soins lié à l'Affection Longue Durée (ALD) ou l'ordonnance bizone permettant de distinguer les prescriptions en rapport ou non avec l'ALD, les bases et taux de remboursement sont les suivants :

Type de prothèse	Base de remboursement	Taux de remboursement
Prothèse textile	25 €	100 %
Prothèse standard en silicone	180 €	100 %
Prothèse technique en silicone	240 €	100 %

La législation prévoit le remboursement d'une prothèse par an, toutefois une seconde peut être accordée si le médecin mentionne un changement de morphologie ou un lymphœdème sur sa prescription.

Les assurés traités pour des cancers peuvent bénéficier depuis avril 2019 d'un remboursement intégral de certaines prothèses capillaires. Les prothèses concernées sont celles en fibres synthétiques (dites de classe 1).
Le remboursement par la Sécurité sociale s'effectuera à hauteur de 350 € (qui correspond au prix maximal de vente d'où une prise en charge intégrale).

Les prothèses capillaires confectionnées avec au moins 30 % de cheveux naturels sont dites de classe 2. Leur prix plafond est de 700 €. Si des assurés souhaitent s'orienter vers ce type de perruques, ils pourront être remboursés à hauteur de 250 € par l'assurance maladie.

Les perruques dites "haut de gamme" en cheveux naturels seront en revanche non prises en charge par la Sécurité sociale.

La couverture santé « matériel médical » d'Agipi Santé

Agipi Santé prend en charge, selon la formule choisie, tout ou partie des frais non remboursés par l'assurance maladie concernant :

- l'appareillage,
- les prothèses mammaires et capillaires remboursées par l'assurance maladie.

Aides auditives

Ce qui est pris en charge par le régime obligatoire

Les prothèses auditives sont désormais référencées et classées selon deux paniers :

Le panier de soins « 100 % santé » qui permet (depuis le 1er janvier 2021) une prise en charge totale de tous les types de prothèses qui respectent les critères qualitatifs suivants :

- 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) et système permettant l'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 dB,
- 30 jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat,
- 4 ans de garantie,
- au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité, microphonique adaptative, bande passante élargie ≥ 6 000 Hz, fonction, apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération,
- des prestations de suivi (au moins une fois par an) pour adapter en continu le réglage de l'appareil en fonction de l'évolution de la perte auditive.

Le panier libre (dit de classe 2)
Les prothèses auditives dans le panier de soins de « classe 2 » sont soumis à des tarifs libres.
- Il existe cependant un dispositif de contrôle des tarifs avec la profession.
- La base de remboursement par la Sécurité sociale est identique à celle du 100% santé.

A noter la mise en place progressive des prix limites de vente de 2019 à 2021 ainsi qu'une revalorisation de la base de remboursement :

	2019	2020	2021
Prix limites de vente 100% Santé	**1300 €**	**1100 €**	**950 €**
Base de remboursement Sécurité sociale	**300 €**	**350 €**	**400 €**

La couverture santé « aides auditives » d'Agipi Santé
Agipi Santé prend en charge, selon la formule choisie, tout ou partie des frais non remboursés par l'assurance maladie concernant le panier libre et, depuis le 1er janvier 2021, la différence entre le prix limite de vente et le remboursement de l'assurance maladie concernant le panier 100% santé

Depuis le 1er janvier 2017, l'assuré peut, s'il le souhaite, accéder au réseau de partenaires audioprothésistes Itelis.

Dentaire

Ce qui est pris en charge par le régime obligatoire

Consultations et soins dentaires
Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste conventionné sont prises en charge par l'assurance maladie et remboursées à 70% sur la base de tarifs conventionnels.

Les soins dentaires qui englobent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.) sont également pris en charge par l'assurance maladie s'ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursés à 70% sur la base de tarifs conventionnels.

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).

Inlays et onlays
Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire.

L'inlay est une prothèse dentaire permettant de reconstruire directement la partie interne de la dent. Elle s'adapte à la mâchoire du patient, la rendant ainsi invisible. Elle évite également la venue de nouveaux problèmes, comme cela peut souvent arriver avec un plombage. L'inlay peut être fabriqué en différents matériaux : métallique, céramique ou composite dentaire.

L'onlay quant à lui est une prothèse dentaire qui vient directement se superposer sur la dent abîmée pour la protéger. Au même titre que la pose d'une couronne classique, le chirurgien-dentiste doit tailler la dent à reconstituer et prendre ensuite une empreinte dentaire. Toutefois, à l'inverse de la couronne dentaire qui nécessite une dévitalisation de la dent, l'onlay peut être posé sur une dent vivante. Les matériaux employés pour la création de cette prothèse peuvent être visibles (métal) ou invisibles (céramique).

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, métallo-céramique et céramo-céramique,
- les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

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.
Dans le cadre de la réforme 100 % santé, trois paniers sont proposés et leur composition dépendra du type de prothèses, de la localisation de la dent et du matériel utilisé.

Panier 100 % santé (disponible depuis le 1er janvier 2020) :
Si l'assuré le souhaite, il aura accès aux couronnes céramo-métalliques/bridge sur incisives, canines et 1res prémolaires et aux couronnes métalliques sur toutes les dents sans aucun reste à charge.

Panier avec reste à charge maitrisé :
Si l'assuré le souhaite, il aura accès à une couronne plus élaborée que celle proposée en 100 % santé (couronne en zircone sur dent du fonds par exemple) avec un prix limite de vente, et par conséquent un reste à charge maitrisé.

Panier à tarif libre :
Si l'assuré le souhaite, il aura accès à tous les types de matériaux (notamment le céramo-céramique) quelle que soit la localisation de la dent mais avec un reste à charge variable.

A noter : depuis le 1er avril 2019, le tarif de certains actes prothétiques est plafonné pour les rendre plus accessibles.

Implantologie dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse. L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines…), le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits et le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire limite sa prise en charge (70 % du tarif de convention) uniquement à 4 actes dans le traitement du parodonte :

- détartrage complet sus et sous-gingival (deux séances au maximum),
- ligature métallique,
- attelle métallique,
- prothèse attelle de contention quel que soit le nombre de dents ou de crochets.

Tous les autres actes et traitements ne sont pas remboursés par l'assurance maladie bien que ces pathologies soient en augmentation, les français gardant leurs dents de plus en plus longtemps.

Orthodontie ou orthopédie dento-faciale (ODF)

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées…), grâce à des appareils dentaires.

Les traitements d'orthodontie ou traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont pris en charge par l'assurance maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de la caisse primaire d'assurance maladie et s'ils sont commencés avant le 16e anniversaire. À titre exceptionnel, les enfants de plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie pour un semestre de traitement, préalablement à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires. Ce semestre n'est pas renouvelable.

Les traitements d'orthodontie sont remboursés à 70 % (actes inférieurs à 120 €) ou à 100 % (actes supérieurs à 120 €) sur la base de tarifs de responsabilité très souvent inférieurs à leur coût réel (le tarif de responsabilité est fixé à 193,50 € par semestre par comparaison à un coût moyen de 800 € par semestre). En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre.

Depuis le 1er janvier 2019, l'assuré peut, s'il le souhaite, accéder au réseau de partenaires chirurgiens-dentistes et implantologues Itelis.

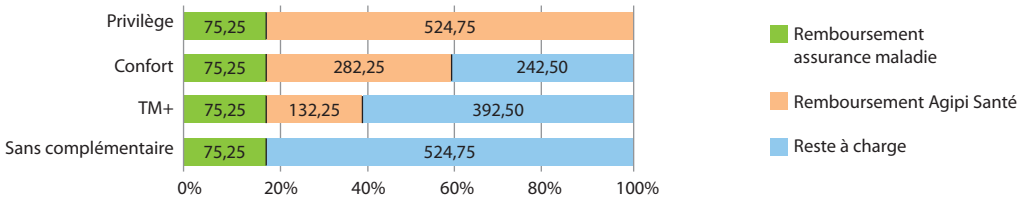
La couverture santé “dentaire” d’Agipi Santé

Avec Agipi Santé, outre le remboursement intégral des actes propres au panier 100 % santé, l’assuré dispose d’une prise en charge très couvrante en dentaire :

- les consultations et les soins dentaires (dont les actes de parodontologie et d’endodontie) remboursés par l’assurance maladie,
- les inlays et onlays,
- les prothèses dentaires (couronnes, bridges, etc…) remboursées ou non remboursées par l’assurance maladie hors panier 100 % santé,
- les implants dentaires,
- la parodontologie non remboursée par l’assurance maladie,
- l’orthodontie remboursée par l’assurance maladie ou non-remboursée selon la formule souscrite.

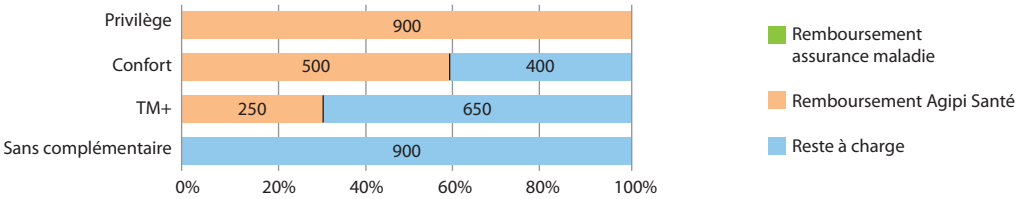
Les remboursements des prothèses, des implants et de l’orthodontie sont respectivement exprimés par prothèse, par implant et par semestre contrairement à la pratique de la majorité des complémentaires santé qui expriment les remboursements dentaires sous la forme d’un forfait annuel par acte, voire tous actes confondus.

Exemple de prise en charge d’une couronne dentaire facturée 600 € (base de remboursement de l’assurance maladie : 107,50 €) dans le panier libre (sans prix limite de vente)

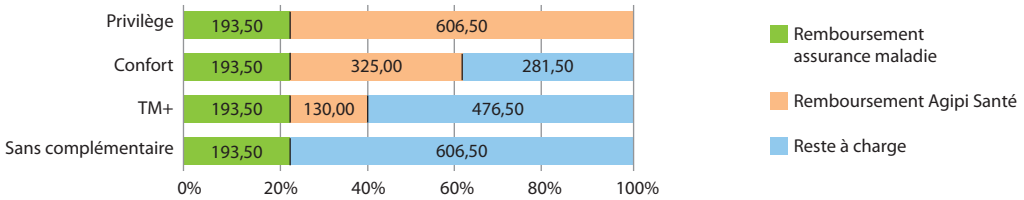


Grâce au mécanisme de fidélité, les remboursements augmentent dès la 3e année pour les implants et l’orthodontie.

Exemple de prise en charge (à partir de la 3e année d’ancienneté d’Agipi Santé) d’un implant dentaire facturé 900 €



Exemple de prise en charge (à partir de la 3e année d’ancienneté d’Agipi Santé) d’un trimestre d’orthodontie remboursée par l’assurance maladie facturé 800 € (base de remboursement de l’assurance maladie : 193,50 € par trimestre)



Optique

Ce qui est pris en charge par le régime obligatoire

Les lunettes

L'assurance maladie rembourse les lunettes à hauteur de 60 % des différentes bases de remboursement.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très faible et donc très inférieur aux dépenses réelles.

Equipement optique dans le cadre de la réforme 100 % santé :

Depuis le 1er janvier 2020, les verres et les montures sont référencés et classés selon deux paniers de soins :

Panier de soins « 100 % santé »

- Monture avec un prix limite de vente à 30 € maximum.
- L'opticien devra proposer au minimum 17 modèles différents pour les adultes (en 2 coloris différents) et 10 pour les enfants.
- Verres amincis traités anti-rayures et anti-reflet dont les bases de remboursement de la Sécurité Sociale seront revalorisées avec fixation de prix limites de vente :
  - 65 € pour des verres unifocaux avec faible correction,
  - 150 € pour des verres progressifs avec faible correction,
  - 235 € pour des verres unifocaux à très forte correction,
  - 340 € pour des verres progressifs à très forte correction.

Panier de soins à tarif libre

- Pas de prix limite de vente pour les montures et verres mais un remboursement des montures limité à 100 € (contre 150 € jusqu'au 31/12/2019).
- Baisse de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- Verres de qualité supérieure avec traitements de confort libres :
  - Amincissement supplémentaire,
  - Antireflets haut de gamme (antibuée, filtre lumière bleue…).

L'opticien sera tenu de proposer systématiquement des équipements des 2 paniers et l'assuré aura la possibilité de retenir l'équipement de son choix. Il aura aussi la possibilité de choisir un équipement mixte à savoir :

- Des verres 100 % santé et une monture à tarif libre,
- Une monture 100 % santé et des verres à tarifs libres.

Depuis le 1er janvier 2020, la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.
Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 € même si le forfait dépasse ce montant. L'atteinte de ce plafond de 100 € est calculée en y incluant le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).

Les lentilles de contact

L'assurance maladie prend en charge les lentilles de contact, mais dans certaines affections seulement.
Pour information, la part des lentilles de contact remboursées par l'assurance maladie s'élève à 3 % environ.

L'assurance maladie rembourse à 60 % sur la base d'un forfait annuel de date à date, par œil, fixé à 39,48 €, soit 23,70 € (que les lentilles soient réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires) en cas de :

- astigmatisme irrégulier,
- myopie égale ou supérieure à 8 dioptries,
- strabisme accomodatif,
- aphakie,
- anisométropie à 3 dioptries,
- kératocône.

La chirurgie réfractive et les implants intraoculaires

La chirurgie réfractive regroupe les opérations des yeux au laser destinées à réduire leur dépendance à une correction optique en lunettes ou lentilles de contact. Elle permet de corriger de manière définitive la vision des patients dont l'œil, dit amétrope, présente un défaut optique (amétropie) provoquant un flou visuel permanent. Les amétropies opérables sont la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

Les implants intro-oculaires sont de petites lentilles placées à l'intérieur de l'œil. Ils permettent de corriger des défauts optiques inaccessibles aux traitements par laser en raison :

- d'une anatomie ou d'une fragilité particulière de l'œil qui contre-indique le laser (par exemple une cornée trop fine),
- ou lorsque le défaut optique à corriger est trop important (par ex une myopie de -15 dioptries),
- ou lorsqu'il existe une cataracte (le seul traitement possible est alors l'opération du cristallin).

Les implants intra-oculaires peuvent être classés en 2 catégories selon que le cristallin est laissé en place ou non au moment de la pose :

- implants "phakes" : pose d'un implant sans opérer le cristallin,
- sinon chirurgie du cristallin.

Considérées comme des opérations de confort par l'assurance maladie, la chirurgie réfractive de l'œil et la pose d'implants intraoculaires ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale.

Depuis le 1er janvier 2017, l'assuré peut, s'il le souhaite, accéder au réseau de partenaires opticiens Itelis (2500 opticiens partout en France) et bénéficier de prestations de qualité au meilleur coût.

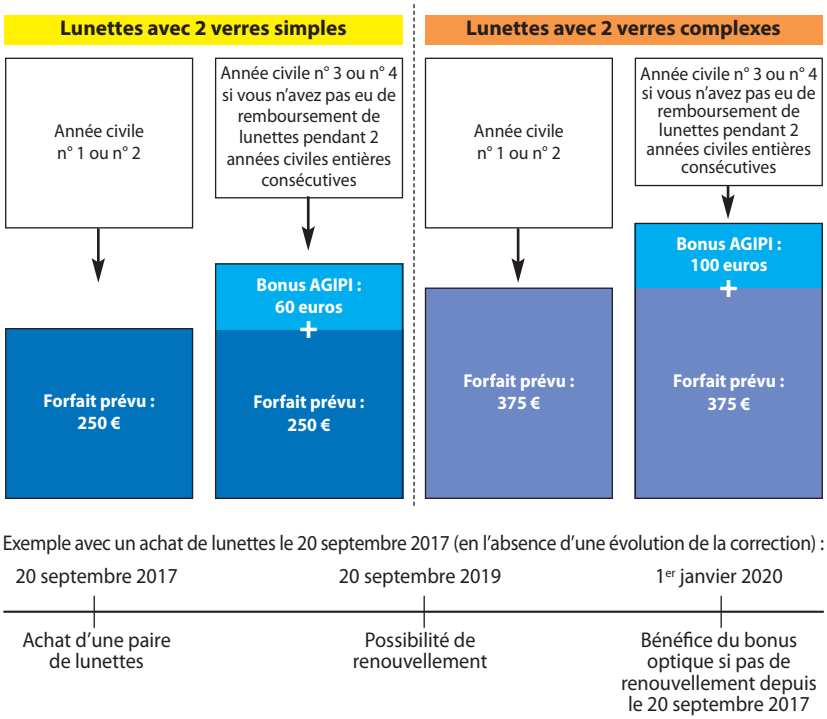
La couverture santé « optique » d'Agipi Santé

Le contrat Agipi Santé prend en charge :

- les lunettes (verres et monture) du panier libre et du panier 100 % santé,
- les lentilles de contact, qu'elles soient remboursées ou non par l'assurance maladie,
- l'opération des yeux par laser concernant la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie,
- les implants intraoculaires.

Grâce au bonus AGIPI, la prise en charge des lunettes est majorée après deux années civiles entières consécutives sans remboursement.

Exemple avec la formule Confort dans le panier libre



Grâce au mécanisme de fidélité, les remboursements augmentent dès la 2e année pour la chirurgie réfractive et les implants intraoculaires.

Ce qui est pris en charge par le régime obligatoire

Les vaccins

La liste des vaccins pris en charge par l'assurance maladie est fixée par arrêté ministériel.
Il s'agit des vaccins contre les affections suivantes :

Vaccins pris en charge par l'Assurance Maladie		
Vaccins obligatoires	**Vaccins recommandés par tous**	**Vaccins recommandés dans certaines situations**
• **Diphtérie** • **Tétanos** • **Poliomyélite**	• **Coqueluche** • **Hépatite B** • **Infections à Haemophilus influenza B** • **Infections invasives à méningocoques du sérogroupe C** • **Infections à pneumocoques** • **Oreillons** • **Rougeole** • **Rubéole**	• **Grippe saisonnière** • **Hépatite A** • **Infections à papillomavirus humains (HPV)** • **Tuberculose** • **Varicelle**

Ils sont remboursés, sur prescription médicale, à 65 %.
À noter :
Certains vaccins peuvent être pris en charge à 100 % :
Le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) est pris en charge à 100 % pour les enfants et les jeunes de 12 mois à 17 ans révolus.
Le vaccin contre la grippe saisonnière est pris en charge à 100 % pour les populations à risque pour lesquelles la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée (personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes de certaines affections de longue durée, etc.) et qui reçoivent chaque année une invitation de l'assurance maladie.
Dans les autres cas, le vaccin contre la grippe saisonnière n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.
Le vaccin contre le Covid-19 recommandé à partir de 5 ans est pris en charge à 100 %.
Certains vaccins sont pris en charge uniquement pour les personnes à risque (par exemple : vaccin contre l'hépatite A ou vaccin HPV pour les hommes ayant des relations avec d'autres hommes).

La prise en charge de l'injection
L'injection du vaccin est prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions habituelles.
Elle est remboursée :
à 70 % si c'est le médecin ou la sage-femme qui vaccine lors d'une consultation,
à 60 % si c'est une infirmière qui vaccine, sur prescription médicale.

À noter : l'injection du vaccin peut être prise en charge à 100 % pour les personnes atteintes de certaines affections de longue durée.

Les vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie
Certains vaccins sont recommandés, voire obligatoires, pour partir dans certains pays étrangers (exemple : vaccin contre la fièvre jaune, le choléra...), mais l'assurance maladie ne les prend pas en charge.

La médecine douce

Les médecines douces (ou alternatives) regroupent tout un ensemble de pratiques qui sont aujourd'hui très largement utilisées par les Français pour se soigner et pour se sentir mieux. Elles visent notamment à soulager certaines douleurs (musculaires, osseuses, etc.) et à améliorer le confort des patients par des moyens naturels. Elles excluent, par définition, le recours aux produits pharmaceutiques.

Malgré un coût élevé, les séances de médecine douce ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale.

Exception : si les séances sont effectuées par un médecin conventionné, elles sont remboursées à 70 % sur la base du tarif d'une consultation de 25 €. Or la médecine douce est rarement pratiquée par des médecins conventionnés.

Les cures thermales

Sous réserve de prescription par un médecin, l'assurance maladie peut prendre en charge, sous conditions, les frais médicaux, de transport et d'hébergement liés à une cure thermale.

Pour être prise en charge, la cure doit faire l'objet d'une prescription médicale (médecin traitant ou chirurgien-dentiste pour les affections de bouche) et respecter des conditions liées aux soins et à l'établissement thermal :

- Prescription pour une affection médicale précise.
  L'assurance maladie prend en charge exclusivement les cures motivées par les affections ou pathologies suivantes : affections des muqueuses bucco-linguales, affections digestives, affections psychosomatiques, affections urinaires, dermatologie, gynécologie, maladie cardio-artérielle, neurologie, phlébologie, rhumatologie, troubles du développement chez l'enfant, troubles des voies respiratoires.
- Établissement thermal agréé ou conventionné.
  Pour être prise en charge, la cure doit se dérouler dans un établissement agréé et conventionné par l'assurance maladie. C'est le médecin du patient qui choisit la station la plus adaptée à l'affection.
- Durée de la cure.
  Pour être remboursée, la cure doit durer 18 jours. Toutefois, si cette dernière est incomplète ou interrompue pour raisons médicales, elle sera prise en charge intégralement.

Les frais médicaux pris en charge comprennent :

- le forfait de surveillance médicale (pour les actes médicaux effectués par le médecin dans le cadre de la cure), remboursé à 70 % sur la base du tarif conventionnel fixé à :
  - 80,00 € pour un médecin conventionné,
  - 6,86 € pour un médecin non conventionné.
- si nécessaire, des pratiques médicales complémentaires, remboursées à 70 % du tarif conventionnel, sous réserve qu'elles figurent sur la liste des pratiques médicales remboursables et qu'elles soient effectuées dans les stations et pour les orientations thérapeutiques répertoriées dans cette liste,
- le forfait thermal (pour les traitements de la cure elle-même), remboursé à 65 % du tarif conventionnel.

Les soins complémentaires et les prestations de confort ne sont pas pris en charge.

Le sevrage tabagique

L'assurance maladie accompagne les fumeurs dans leur souhait d'arrêter la consommation de tabac. Elle prend en charge, sur prescription médicale une partie des traitements par substituts nicotiniques [patchs (à diffusion lente) ou formes orales d'action rapide (gommes, pastilles, comprimés à sucer…)]

Ces traitements peuvent être prescrits par de nombreux professionnels de santé : médecins (y compris le médecin du travail), sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes. Les sages-femmes peuvent aussi les prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. Une prescription d'un de ces professionnels est nécessaire pour pouvoir bénéficier d'un remboursement.

Depuis le 1er janvier 2019, les substituts nicotiniques sont remboursés à 65 % par l'assurance maladie (sous réserve qu'ils soient inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux). Le ticket modérateur peut être pris en charge par la complémentaire santé.

Le remboursement de ces traitements a été simplifié car il n'est plus soumis à un plafonnement annuel (150 € par an auparavant), et les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.

Le scellement des sillons

Il s'agit d'une méthode préventive qui s'applique en priorité aux jeunes enfants à un âge où le risque carieux est particulièrement présent (à partir de 6 ans : apparition de la première molaire définitive). La solution consiste à recouvrir les sillons d'une résine protectrice empêchant le développement de bactéries.
Le scellement des sillons est remboursé par l'assurance maladie à 70 % sur la base d'un tarif conventionnel de 21,69 €.
Cet acte concerne les 1res et 2es molaires permanentes des enfants de moins de 16 ans et n'est pris en charge qu'une fois par dent.

La couverture santé « prévention et bien-être » d'Agipi Santé

Le contrat Agipi Santé prend en charge :

- les vaccins prescrits non remboursés par l'assurance maladie,
- la médecine douce (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie, psychothérapie, diététique, psychologie, sophrologie, naturopathie et psychomotricité),
- les cures thermales,
- le sevrage tabagique,
- le scellement des sillons.

Les démarches à effectuer pour obtenir un remboursement

Il existe deux types de situations différentes, les démarches sont simples et efficaces dans les deux cas.

- **La caisse de Sécurité sociale ou le Régime Obligatoire ont des accords avec le GIEPS, l'organisme gestionnaire des prestations d'Agipi Santé.**
  L'assuré bénéficie alors de la télétransmission, il est ainsi dispensé de l'envoi de la feuille de soin au GIEPS.
  Les décomptes de remboursement seront transmis directement par l'organisme d'assurance maladie (la mention "double transmis à l'organisme complémentaire" apparait sur les décomptes).
- **La caisse de Sécurité sociale ou le Régime Obligatoire n'ont pas d'accord avec le GIEPS, l'organisme gestionnaire des prestations d'Agipi Santé.**
  Dans ce cas l'assuré doit adresser originaux de décompte de remboursements accompagnés éventuellement des factures ou quittances de paiement au GIEPS à l'adresse indiquée ci-dessus.

Tiers payant

Le système du tiers payant évite, sous certaines conditions, d'avancer les frais de santé qui seront par la suite pris en charge soit par l'assurance maladie, soit par la complémentaire santé pour la partie restant à charge après le remboursement de l'assurance maladie.
Le professionnel de santé est ainsi payé directement et automatiquement par l'assurance maladie et/ou par la complémentaire santé.
Grâce à ce mécanisme, l'assuré ne paiera au professionnel de santé que la somme qui ne lui sera remboursée ni par l'assurance maladie, ni par la complémentaire santé.

Après l'enregistrement de l'adhésion, le GIEPS adresse sous 20 jours l'attestation de tiers payant « SP Santé » qui permet d'être dispensé de l'avance des frais :

- du ticket modérateur,
- du tiers payant à hauteur du ticket modérateur pour :
  - les médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire,
  - certains laboratoires de biologie, certains radiologues et d'autres professionnels de santé indiqués sur l'attestation de tiers payant santé.

Prise en charge à hauteur de la garantie pour :

- les achats de lunettes et lentilles,
- les prestations dentaires (prothèses, orthodontie),
- les achats d'audioprothèses.

Ces prises en charge peuvent être demandées directement par le professionnel de santé à AGIPI/GIEPS.
Le professionnel de santé doit aussi pratiquer le tiers payant pour la prise en charge du régime obligatoire de l'assuré.
Il lui suffira de présenter l'attestation « SP Santé » en cours de validité accompagnée de sa carte vitale.

Pour information :

Les pharmaciens peuvent refuser le bénéfice du tiers payant si l'assuré n'accepte pas un médicament générique.
Les médicaments non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne peuvent pas bénéficier du tiers payant.

Certains assurés et certains actes bénéficient de droit du tiers payant :

- les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide médicale de l'Etat (AME) ou de l'aide à l'acquisition pour une complémentaire santé (ACS),
- les assurés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- les actes de prévention réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé,
- les honoraires d'hospitalisation dans un établissement conventionné par l'assurance maladie.

Prise en charge en cas d'hospitalisation

En arrivant à l'hôpital

Le dossier doit être enregistré par le service des admissions, pour cela l'assuré doit fournir les pièces suivantes :

- sa carte vitale mise à jour et votre attestation de droits,
- sa carte d'identité,
- son attestation de tiers-payant santé AGIPI en cours de validité.

En cas de bénéfice du tiers payant

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures, sur simple appel, le GIEPS peut adresser directement une prise en charge auprès de l'établissement hospitalier. Cette procédure évite l'avance de sommes importantes.

Cette prise en charge couvre, dans la limite des garanties de chaque formule, le ticket modérateur et les éventuels dépassements d'honoraires, la participation forfaitaire, le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière.

Cette prise en charge peut-être demandée directement par le professionnel de santé à AGIPI/GIEPS.

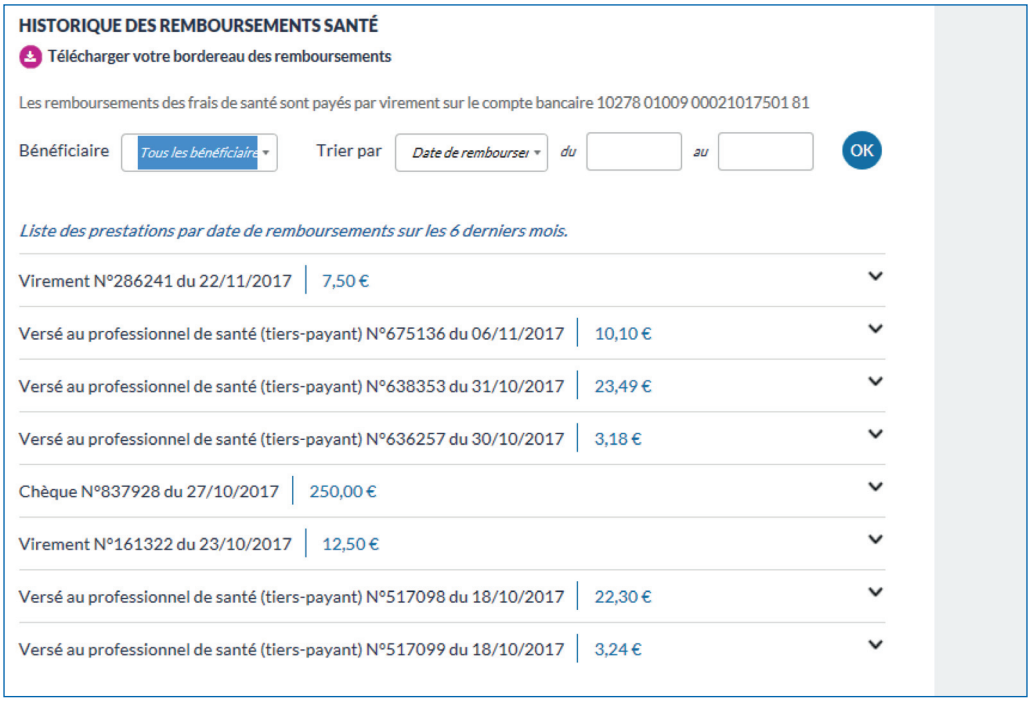
Toute demande de prise en charge, contactez	Toute demande de prestations d'assistance suite à hospitalisation, contactez
AGIPI/GIEPS : Tél 04 89 88 43 46 e-mail : contact.agipi@gieps.fr	Agipi Santé Assistance Tél 01 55 92 23 03

Informations pratiques

L'assuré a plusieurs possibilités pour accéder à l'information relative à remboursements effectués sur les 24 derniers mois :

- en se connectant au site www.agipi.com dans son espace adhérent.

  Il retrouvera ainsi notamment les types de soins, les bénéficiaires, les dates des soins, les dates des remboursements, le montant des remboursements de son régime obligatoire, le montant des remboursements AGIPI.



- en téléphonant au 0800 740 720 (appel gratuit depuis un poste fixe). Il pourra également obtenir une attestation de tiers payant santé 7j/7 et 24h/24. Les codes et mots de passe figurent sur les bordereaux de remboursement et les attestations de tiers payant.

Les informations portées sur les attestations « Vitale » ou sur les cartes d'assurés sociaux de chacun des bénéficiaires (n° d'assuré social et code de l'organisme d'affiliation) nous sont indispensables pour traiter le dossier de l'assuré et lui faire bénéficier des services présentés (télétransmission et tiers payant). Il convient de faire parvenir aux services de gestion d'ADIS une copie de chaque changement dès maintenant si l'assuré ne l'a pas fait.

Association souscriptrice du contrat

Siège social
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex
Tél. 03 90 23 90 00

Bureau parisien
45-49 rue de Monceau - 75008 Paris - Tél. 01 40 08 93 00

Registre des Associations du tribunal d'instance de Schiltigheim
volume 21 - n° 1049 - Siren 307 146 308

Centre de gestion des contrats d'assurance AGIPI

Siège social
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex
Tél. 03 90 23 90 00

Société anonyme de courtage d'assurances au capital de 480 000 €
Filiale d'AXA France Vie

306 843 731 RCS Strasbourg

Orias 07 029 368

Assureurs du contrat

réinventons / notre métier

AXA France Vie
S.A. au capital de 487 725 073,50 €
310 499 959 RCS Nanterre

AXA Assurances Vie Mutuelle
Société d'Assurance Mutuelle sur la vie
et de capitalisation à cotisations fixes
Siren 353 457 245

Sièges sociaux :
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
Entreprises régies par le Code des assurances

Inter Partner Assistance
Société anonyme de droit belge
au capital de 31 702 613 €,
entreprise d'assurance non-vie agréée
par la Banque Nationale de Belgique (0487),
immatriculée au Registre des Personnes
Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055

Sièges sociaux :
7 boulevard du Régent - 1000 Brussels - Belgique
Prise au travers de sa succursale française,
316 139 500 RCS Nanterre et située
6 rue André Gide - 92320 Châtillon

Juridica
S.A. au capital de 14 627 854,68 €
572 079 - R.C.S. Versailles
Entreprise régie par le Code des assurances
TVA intracommunautaire :
FR 69 572 079 150

Siège social :
1 place Victorien Sardou
78160 Marly-le-Roi

Guide Agipi Santé - AGI 0470 Ed 02/2023

ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 / ORIAS : www.orias.fr