

QUESTIONS	REPOSES
Est-ce que l'envoi des décomptes de l'Assurance Maladie ou du régime complémentaire de santé peut se faire par mail ?	Pour un meilleur suivi et afin d'obtenir vos remboursements dans les meilleurs délais, nous vous conseillons de transmettre les décomptes de l'Assurance Maladie et ceux du régime complémentaire via votre espace client.
Quel est le pourcentage pris en charge pour le remboursement (bien sûr après ceux émanant de l'assurance maladie et la complémentaire santé SMCCHumanis/Malakoff)?	Nous vous invitons à consulter le résumé des garanties sur votre espace client qui présente les remboursements hors régime de base et hors régime complémentaire.
Votre prise en charge de 150€ - RC pour la chambre particulière est-elle limitée dans le temps ou à un maximum annuel?	Notre prise en charge de la chambre particulière est sans limitation de durée et n'est pas limitée à un crédit annuel. Le montant maximum pris en charge après intervention de votre régime Complémentaire est de 70 € par jour limité aux frais réellement engagés.
Les séjours en centre de soins de suite et de réadaptation sont-ils inclus dans cette prise en charge?	Les séjours en centre de soins de suite et de réadaptation sont considérés comme une hospitalisation. Votre contrat prévoit un remboursement des honoraires des praticiens non adhérents Optam ou Optam-Co en cas d'hospitalisation et un forfait pour la chambre particulière en complément des remboursements de de l'Assurance Maladie puis de votre régime complémentaire.
La ligne "honoraires CCAM structure hospitalière hors OPTAM" correspond t-elle à un médecin généraliste ou spécialiste de secteur 3 ?	Il s'agit des honoraires dispensées au cours d'une hospitalisation par un généraliste ou un spécialiste de secteur 2 qui pratique des dépassements d'honoraires libre. Les honoraires de médecins non-conventionnés auprès de la Sécurité Sociale ne sont pas prises en charge par votre contrat de surcomplémentaire.

QUESTIONS	REponses
Je souhaite faire adhérer à la surcomplémentaire des ayants droit qui ne sont pas sur ma mutuelle actuelle, est-ce possible?	Seuls les bénéficiaires connus sur le contrat de base (SMCC-Malakoff Humanis) peuvent adhérer à la surcomplémentaire (AG2R)
Le contrat prévoit-il une assistante à domicile?	Il n'existe pas d'assistance sur ce contrat
Faut-il demander la télétransmission pour nos remboursements?	La télétransmission fonctionne uniquement pour un seul régime de complémentaire santé (SMCC). AG2R assure le régime surcomplémentaire, il intervient à réception de vos décomptes que vous pouvez déposer sur votre espace client https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/ pour compléter les remboursements sécurité sociale et SMCC.
Les cotisations sont-elles prélevées à terme échu ou à l'avance?	Les cotisations sont prélevées, mensuellement à terme d'avance, sur le compte de l'adhérent
Un délai de carence est-il appliqué pour les remboursements?	Il n'y a pas de délais de carence, les garanties frais médicaux débiteront à partir de la date d'effet de votre adhésion.
Quand débute les garanties ? Y a-t-il une durée minimale d'adhésion?	Les garanties prennent effet au 1er jour du mois suivant la réception de votre adhésion au régime surcomplémentaire. La durée minimale d'adhésion est d'un an.
Quel est le délai entre mon adhésion et la création de l'espace client ?	La création de votre espace client est effective sous 48h après l'enregistrement de l'adhésion.
Puis-je adhérer à la surcomplémentaire en tant qu'agent retraité ou veuf/veuve d'un ancien agent?	Oui, cela est possible, dès lors que vous justifiez de votre adhésion à la complémentaire santé SMCC.
Quelles sont les conditions d'adhésion pour nos ayants droit?	Vos ayants droits peuvent être: - Le conjoint ou concubin - Les enfants âgés de moins de 28 ans. - Les enfants adultes handicapés de plus de 28 ans fiscalement à charge, s'ils perçoivent des revenus inférieurs au SMIC et qu'ils sont titulaires d'une carte invalidité ou d'une carte mobilité inclusion (CMI) - Les ascendants à charge, à savoir les ascendants non imposable à titre personnel, et qui sont à charge fiscale de l'adhérent. Les ayants droit doivent être affiliés au contrat de base afin d'être affiliés au régime surcomplémentaire. Par ailleurs, le choix du régime surcomplémentaire (AG2R) par l'assuré à titre principal s'impose à tous les ayants droit assurés au titre du régime complémentaire santé (SMCC).
Cessation des garanties	La résiliation intra-annuelle (RIA) est entrée en vigueur le 1er décembre 2020. Ce dispositif permet de résilier son contrat d'assurance dont la surcomplémentaire : après un an de souscription ; à tout moment ; et sans frais.
Maintien des garanties en cas décès de l'ouvrant droit (agent ou ancien agent Bdf)	Les veufs, veuves et orphelins d'agents ou anciens agents décédés qui sont affiliés au régime complémentaire santé de la Banque de France peuvent également demander à maintenir leur adhésion au régime surcomplémentaire santé.

Exemples de remboursements

Banque de France a souscrit à un régime de frais de santé surcomplémentaire à adhésion facultative et non subventionné au profit de ses agents et de ses anciens agents, qui sont déjà adhérents au dispositif complémentaire santé.

Ce régime complète les remboursements du régime complémentaire santé.

Toute adhésion d'un agent ou d'un ancien agent conduit à l'adhésion automatique de ses ayants droit.

La souscription au régime surcomplémentaire est d'une durée minimale d'un an.

Afin d'offrir une possibilité de prise en charge des dépenses effectuées en cas d'hospitalisation, sur les honoraires et la chambre particulière et, en cas de soins courants, sur les consultations généralistes et spécialistes au-delà des plafonds de remboursement des contrats responsables, il est proposé la mise en oeuvre d'un contrat supplémentaire non subventionné portant sur les postes de dépenses suivants et qui complète les remboursements du régime complémentaire santé.

Vos garanties

Ci-après les garanties de votre contrat santé surcomplémentaire sous réserve que votre affiliation à ce contrat soit effective.

Les garanties affichées ci-dessous sont données à titre indicatif et s'appliquent dans les conditions et limitations prévues par votre notice d'information ou contrat.

Les remboursements indiqués sont exprimés en complément du remboursement du régime complémentaire obligatoire.

Sont garantis, selon les conditions contractuelles, tous les frais de soins ayant fait l'objet d'un remboursement du régime complémentaire et d'un décompte individuel de la Sécurité sociale, relevant des postes de garanties détaillés ci-dessous.

Les montants des remboursements effectués ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et du régime complémentaire de frais de santé.

	Remboursement de l'Assurance maladie (Sécurité sociale) ⁽⁴⁾⁽⁵⁾				Remboursement du Régime complémentaire (RC) obligatoire		Remboursement du Régime surcomplémentaire (RS) facultatif par AG2R Prévoyance		Reste à charge ⁽⁵⁾
	Frais réels	Base de remboursement (BR) Ss	Remboursement Ss	Remboursement en euros	Remboursement RC	Remboursement en euros	Remboursement RS	Remboursement en euros	

Hospitalisation

Honoraires du chirurgien pour une arthroplastie totale du genou avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM ⁽¹⁾ : l'OPTAM ⁽²⁾ ou l'OPTAM-CO ⁽³⁾)	2431,85 €	731,85 €	100 % BR	731,85 €	200 % BR- Ss	731,85 €	500 % BR-Ss-RC	968,15 €	0,00 €
Chambre particulière y compris maternité	150,00 €	néant	0,00 €	0,00 €	80,00 €	80,00 €	150 € - RC	70,00 €	0,00 €

Soins Courants

Consultation d'un médecin généraliste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM ⁽¹⁾ : l'OPTAM ⁽²⁾ ou l'OPTAM-CO ⁽³⁾)	60,00 €	23,00 €	70 % BR	16,10 €	200 % BR- Ss	29,90 €	300 % BR-Ss-RC	14,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM ⁽¹⁾ : l'OPTAM ⁽²⁾ ou l'OPTAM-CO ⁽³⁾)	70,00 €	23,00 €	70 % BR	16,10 €	200 % BR- Ss	29,90 €	300 % BR-Ss-RC	23,00 €	1,00 €

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

(2) OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

(3) OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique.

(4) Il s'agit du régime d'Assurance maladie obligatoire de l'assuré principal du contrat.

(5) Hors participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie (article L322-2 du code de la Sécurité Sociale).