

L'essentiel de vos garanties Frais de santé 2026

INSTITUT MAX VON LAUE PAUL LANGEVIN



Personnel Retraité


VERLINGUE

 Génération


AG2R



| Durée de votre adhésion

Les garanties peuvent être maintenues, sans franchise ni délai d'attente, aux salariés affiliés sur le contrat Frais de santé de l'institut Max Von Laue Paul Langevin à compter de leur date de mise en retraite sous réserve du paiement des cotisations.

Vos garanties cessent tant pour l'affilié que ses bénéficiaires :

- si les cotisations cessent d'être versées,
- à la date de résiliation du contrat d'assurance collective.



| Bénéficiaires de votre contrat Frais de santé

En tant que retraité, vous bénéficiez du régime à titre facultatif.

Sont également considérés comme bénéficiaires :

- Votre conjoint, votre partenaire lié par un PACS ou votre concubin
- Vos enfants, ou ceux de votre conjoint, partenaire ou concubin :
- Agé de moins de 28 ans, n'exerçant aucune activité professionnelle autre que temporaire (emploi saisonnier, ...) ou accessoire (petit travail d'appoint,...).
- L'enfant âgé de 21 ans ou plus devra :
 - o Soit justifier de la poursuite d'études ou d'un contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail par tout moyen probant (certificat de scolarité ou carte d'étudiant en cours de validité ou copie du contrat d'apprentissage) ;
 - o Soit justifier être à la charge du foyer fiscal de l'affilié ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ;
 - o Soit justifier être à la recherche d'un premier emploi à l'issue de ses études et justifier de son inscription à France TRAVAIL.
 - o Quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. La personne handicapée qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais à laquelle celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie.





| Comment changer de niveau de garanties ?

Chaque retraité choisit, lors de son affiliation, de s'affilier ou non à la surcomplémentaire.

Il s'agit d'une affiliation à titre facultatif valable tant pour l'assuré que pour ses ayants droit.

L'assuré peut modifier son choix :

- A chaque premier janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 octobre,
- A tout moment, en cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans les 2 mois qui suivent l'évènement.

La résiliation de la surcomplémentaire peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat.

Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'institution en ait reçu notification.

Votre tableau de garanties

Les prestations garanties par votre régime de base incluent celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels. Les prestations de la surcomplémentaire interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale et de celles du régime de base, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	Base	Surcomplémentaire Non Responsable
Hospitalisation - [y compris maternité]		
Médecin - adhérent DPTAM	300 % BR	
Médecin - non adhérent DPTAM	200 % BR	+ 300 % BR
Forfait journalier hospitalier	Pris en charge	
Forfait Patient Urgence (FPU)	Pris en charge	
Frais de séjour conventionné	300 % BR	
Frais de séjour non conventionné	90 % FR (mini 100% TA et maxi 300% TA)	
Chambre particulière	90 € / jour	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	41 € / jour	
Soins Courants - [y compris maternité]		
Généraliste - adhérent DPTAM	300 % BR	
Généraliste - non adhérent DPTAM	200 % BR	+ 200 % BR
Spécialiste - adhérent DPTAM	300 % BR	
Spécialiste - non adhérent DPTAM	200 % BR	+ 200 % BR
Honoraire paramédicaux (Auxiliaires médicaux : kiné...)	200 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Pharmacie prescrite remboursée par le RO	100 % BR	
Pharmacie prescrite non remboursée par le RO	50 € / an / bénéficiaire	
Vaccins non remboursés prescrits	100 % FR	
Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	210 % BR	
Radiologie - adhérent DPTAM	300 % BR	
Radiologie - non adhérent DPTAM	200 % BR	+ 200 % BR
Actes de spécialités - adhérent DPTAM	300 % BR	
Actes de spécialités - non adhérent DPTAM	200 % BR	+ 200 % BR
Frais de transport pris en charge par le RO	100 % BR	
Médecine douce [3] (Ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, ergothérapeute, étioathe, homéopathe, méthodes mézières, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, réflexologue, sophrologue, nutritionniste, diététicien)	50 € par séance (maxi 5 séances / an / bénéficiaire)	

GARANTIES	Base	Surcomplémentaire Non Responsable
Consultations psychologiques : dispositif « MonPsy »	Prise en charge dans la limite de 12 séances / an / bénéficiaire	Prise en charge dans la limite de 12 séances / an / bénéficiaire
Aides auditives - Un équipement par oreille, tous les 4 ans(à compter de la date d'achat)		
Equipement 100 % Santé [1]	Pris en charge	
Equipements hors 100% santé	335 % BR par oreille	
Accessoires pris en charge par le RO	335 % BR	
Piles pour prothèses auditives non remboursées par le RO	135 € / an / bénéficiaire	
Optique - Un équipement tous les 2 ans pour les adultes(à compter de la date d'achat), par période de un an pour les moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les moins de 6 ans		
Equipements 100 % Santé [1]	Remboursement intégral	
Adulte : Monture	100 €	+ 50 €
Enfant : Monture (moins de 16 ans)	100 €	+ 20 €
Verres	cf. Grille Optique	
Lentilles simples prescrites prises en charge ou non par le RO y compris jetables et produits d'entretien	200 € / an / bénéficiaire	
Lentilles correctrices progressives prescrites prises en charge ou non par le RO y co	300 € / an / bénéficiaire	
Traitement des corrections visuelles par chirurgie	600 € / oeil / an / bénéficiaire	
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé [1]	Remboursement intégral	
Soins	120 % BR	
Inlays / Onlays	300 % BR	
Prothèses [2] : sur incisives, canines, prémolaires	500 % BR	
Prothèses [2] : sur molaires	400 % BR	
Bridge 3 éléments (2 piliers + 1 intermédiaire)	450 % BR	
Intermédiaire de bridge supplémentaire	450 % BR	
Autres prothèses	450 % BR	
Appareil amovible	450 % BR	
Parodontologie prise en charge par le RO	120 % BR	
Orthodontie prise en charge par le RO	350 % BR	
Prothèse / Pilier de bridge sur dent saine	301 € par acte	
Prothèses / Couronne provisoire	80 € par acte	
Réparations	301 € par acte	
Implantologie (Pose de l'implant racine + phase préparatoire / Faux moignon implantaire) [3]	350 € par implant (maxi 2 implants / an / bénéficiaire)	
Orthodontie non prise en charge par le RO	500 € par semestre	

GARANTIES	Base	Surcomplémentaire Non Responsable
Autres dépenses		
Cures thermales remboursées par le RO (y compris hospitalisation) :	100 % BR	
Frais supplémentaire hébergement	140 % BR	
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO	61 € / an / bénéficiaire	
Prévention		
Actes de prévention	Prise en charge des actes de prévention tels que définis à l'article L871-2 du code de la Sécurité sociale	
Services		
Services	cf. rubrique "Services associés"	

[1] Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale

[2] Les actes relatifs aux inlays-core, inlay, onlays et aux prothèses dentaires remboursés par le RO et faisant partie du Panier des Prothèses à tarifs limités sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle correspondant au poste envisagé limité à l'Honoraire Limite de Facturation (HLF*) sous déduction des prestations du RO.

Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

[3] Par an et par bénéficiaire



LEXIQUE

BR : BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif dont tient compte la Sécurité sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné.

TM : TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale

FR : FRAIS RÉELS

Les frais réels correspondent aux montants facturés (honoraires...).

RO : RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime d'assurance maladie (géré par la Sécurité sociale).

DPTAM : DISPOSITIF PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Dispositif ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés de secteur 2.

PMSS : PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Fixé chaque année par décret, sa valeur réelle est de 4 005 € pour 2026

TA : TARIF D'AUTORITE

Montant minimal fixé par la Sécurité sociale pour rembourser un acte effectué par un professionnel non conventionné.



Services Génération : la gestion de votre complémentaire santé



Accueil téléphonique 24h/24 et 7j/7

02 98 51 38 00 (tarif local)

Gwen, assistante virtuelle qui vous accompagne dans vos démarches sans délai d'attente

Une équipe de conseillers experts pour toute demande spécifique du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

Web et Mobile



De nombreuses solutions en ligne pour gérer votre contrat en toute indépendance sur le site www.generation.fr ou sur l'appli mobile Génération

Génération TV

www.youtube.com/c/GenerationTV



Optique et réseau de soins



| Les principaux avantages de votre réseau de soins

itelis

Tarifs négociés

- Jusqu'à - 40 % sur les verres (Essilor, Nikon, Zeiss...)
- Jusqu'à - 25 % sur les montures
- Minimum - 10 % sur les lentilles et - 15 % sur le para optique
- Chirurgie de l'œil : à partir de 1 400€ pour les deux yeux et jusqu'à 30 % d'économie

Services préférentiels

- 2^{ème} paire solaire à la vue dès 1 €
- Garantie casse et adaptation et déchirure
- Test d'autosurveillance de la vue en ligne
- 100% Bien Vu pour des lunettes à 0 €

Vos **lunettes et lentilles**

SANS avance de frais

prises en charge

jusqu'à **100 %**



| Verres : vos garanties

		RESEAU ITELIS	HORS RÉSEAU Niveau de correction				
			Faible	Modéré	Moyen	Élevé	Très élevé
Base [1]	Verre unifocal	Prise en charge des verres à 100 % des frais réels	60 €	70 €	85 €	110 €	140 €
	Verre multifocal		160 €	180 €	200 €	220 €	240 €

Défaut visuel	Faible			Modéré			Moyen			Élevé			Très élevé			
Sphère (S) ou sphère + cylindre (S+C)	S	S	S+C	S	S	S+C	S	S	S+C	S	S	S+C	S	S	S	S+C
	De -2 à +2	De -2 à 0	De 0 à +2	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	De -4 à -2,25	De +2,25 à +4	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	De -6 à -4,25	De +4,25 à +6	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	De -8 à -6,25	De +6,25 à +8	< -8 ou > +8	De -8 à 0	< -8	> +8
Cylindre (C)	0	De +0,25 à +4	> 0	0	De +0,25 à +4	> 0	0	De +0,25 à +4	> 0	0	De +0,25 à +4	> 0	0	> +4	> 0	> 0

Liste des partenaires Itelis sur l'application Génération ou depuis votre espace adhérent :

02 98 51 38 00

(appel non surtaxé)

www.generation.fr

Application mobile Génération

[1] - OPTI 4 - Dans le réseau optique Itelis (pour équipement Classe B) Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux organiques de marques exclusivement Pour tous les verres : traitement contre les rayures, traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture - Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement : verre aplani - Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement : verres progressifs sur-mesure - Amincissement des verres selon niveau de correction : Faible et Modéré=aminci, Moyen=très aminci, Elevé ou Très élevé=ultra aminci - Monture jusqu'à 100 €

Les services associés



| Téléconsultation

Ce service donne la priorité à votre santé et à celle de votre famille 24h/24, 7j/7 en tout anonymat et en toute confidentialité.

Des médecins vous aident à faire le point sur votre situation et vous apportent des réponses adaptées. Ils peuvent également délivrer une ordonnance si nécessaire.

Important : la téléconsultation n'est pas un service d'urgence

Accédez au service, en France ou à l'étranger, par téléphone : **01 55 92 14 64** ou via : **bonjourdocteur.com**



| Deuxième avis

Vous vous sentez perdu ou dans le doute après un premier bilan médical, sollicitez un second avis médical sous quelques jours !

Vous disposez de l'expertise d'un médecin spécialiste expert de votre pathologie, sans RDV et sans se déplacer. Partagez facilement et en toute confidentialité le compte rendu de l'expert pour faire le meilleur choix.

Accédez au service par téléphone : **01 81 80 00 48** ou mail : **contact@deuxiemeavis.fr**

Ou Connectez-vous à votre espace adhérent Génération dans la rubrique « Services santé / Santé / Deuxième avis » et basculez sur le site **Deuxiemeavis.fr**



| Action sociale

Un fonds social peut vous apporter une aide en cas de situation humaine et financière difficile, aggravée par un

événement déclencheur de détresse sociale (maladie, accident, handicap...). Toute demande d'aide est étudiée par le comité de fonds qui statue et, si la demande d'aide est acceptée, organise la mise en oeuvre de sa décision.

Accédez au service par téléphone : **09 69 36 10 43**

Pour toute demande, un dossier doit être adressé à l'adresse suivante :

actionsociale.grandscomptes@ag2rlamondiale.fr



| Assistance

Le service d'assistance vous accompagne face à certains imprévus de la vie avec des aides pour faciliter votre quotidien (garde d'enfants, aide à domicile, ...).

Contactez l'assistance afin d'échanger sur votre situation et de mettre en place une solution adaptée à vos besoins par téléphone au **01 40 25 53 74**

n° de convention d'assistance : **922658**



| Réseau de soins

Votre réseau de soins **Itélis** vous permet de bénéficier de nombreux services :

- **Géolocalisation des professionnels de santé** partenaires (optique, dentaire, audition, ophtalmologie et paramédicaux, médecines douces)
- **Accès à des prestations de qualité à tarifs préférentiels** et tiers-payant performant

Et toujours plus de services :

100% Bien vu : service en ligne dédié aux équipements optiques 100% Santé (choix élargi de montures, verre de marque Hoya, essayage en réalité augmentée, garanties adaptation, casse, "satisfait ou échangé" et livraison offerte)

Opticien à domicile : conseils pour l'achat d'équipement optique avec des camions équipés comme des magasins pouvant se déplacer jusqu'au domicile, particulièrement adapté pour les personnes à mobilité réduite

Services pour favoriser l'orientation :

Hospitway : consultez le palmarès des meilleurs établissements, hôpitaux et cliniques par spécialité et localisation

Aide à la prise de rendez-vous d'urgence dentaire

Outil de dépistage des troubles visuels pour donner une première impression des performances actuelles des yeux de l'assuré