



AG2R LA MONDIALE

Entreprises



Régime frais de santé

Convention Collective Nationale
des Professions de la Photographie

Votre régime frais de santé

Les partenaires sociaux⁽¹⁾ de la Convention Collective Nationale des Professions de la Photographie ont signé un accord le 20 décembre 2013 qui prévoit la mise en place d'un régime frais de santé au profit de l'ensemble des salariés. AG2R Prévoyance est l'organisme assureur et gestionnaire de ce régime.

Ce régime comporte un régime de base Essentiel obligatoire, pour couvrir les garanties essentielles à la santé, de bon niveau et conformes à la réglementation en vigueur. Depuis le 1^{er} janvier 2020, votre régime est en conformité avec la réforme du 100% santé.

L'ensemble des salariés bénéficient obligatoirement de cette couverture dès la prise d'effet du contrat sans questionnaire médical. Toutefois, certains salariés pourront bénéficier à leur demande d'une dispense d'affiliation dans les conditions prévues par l'accord collectif.

Des options complémentaires

Le salarié peut améliorer son niveau de couverture du régime de base Essentiel grâce à deux options complémentaires :

- Option Confort
- Option Summum

Il peut aussi faire bénéficier sa famille* des mêmes garanties que les siennes.

Les avantages

En mettant en place des garanties en complément des prestations de la Sécurité sociale, vous êtes assuré :

- de bénéficier d'un contrat conforme à vos obligations légales et conventionnelles,
- de motiver et fidéliser vos collaborateurs,
- d'optimiser et dynamiser votre politique sociale, dans un cadre social et fiscal avantageux**
- de sécuriser et protéger vos salariés et leur famille.

(1) Les partenaires signataires de cet accord sont :

L'organisation professionnelle :

- la Fédération Nationale de la Photographie (FNP)

Les organisations syndicales de salariés :

- La Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;
- La Confédération générale du travail (CGT) ;
- L'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) ;
- La Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;
- La Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC).

* Telle que définie dans les conditions contractuelles.

** Dans les conditions et limites définies par la législation et la réglementation en vigueur.



Les garanties de votre régime frais de santé

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale.

Ils sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail/Maladie Professionnelle, et Maternité. Les remboursements des options viennent s'ajouter aux garanties du régime de base. Ces remboursements sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés par les bénéficiaires. Le détail des garanties en vigueur est repris ci-après.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

€ : Euro.

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

PLV : Prix limite de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

RSS : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par l'application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

Hospitalisation

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour	150 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 100 % BR	+ 150 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	+ 70 % BR	+ 70 % BR
Chambre particulière	70 € par jour	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	40 € par jour	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour

Transport

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR

Soins courants

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)		Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
		Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (Consultations et visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale				
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étioopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		20 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 20 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 30 € par acte limité à 4 actes par année civile
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)		100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale		100 % BR	Néant	+ 50 % BR
Médicaments				
Remboursés Sécurité sociale		100 % BR	Néant	Néant
Contraception prescrite		Crédit de 50 € par année civile	Néant	Néant
Pharmacie (hors médicaments)				
Remboursée Sécurité sociale		100 % BR	Néant	Néant
Non remboursée Sécurité sociale	Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 30 € par année civile
	Sevrage tabagique	Crédit de 75 € par année civile	+ Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 30 € par année civile

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum

Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	125 % BR + Crédit de 150 € par année civile	+ 50 % de la BR + Crédit de 50 € par année civile	+ 100 % de la BR + Crédit de 100 € par année civile
Prothèses externes liées au traitement du cancer	RSS + 400 € limité à 1 acte par année civile	+ 100 € limité à 1 acte par année civile	+ 150 € limité à 1 acte par année civile
Fauteuil pour handicapés physiques	RSS + 750 € limité à 1 acte par année civile	+ 50 € limité à 1 acte par année civile	+ 50 € limité à 1 acte par année civile

Actes de prévention remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾

Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	Néant	Néant
---	----------	-------	-------

Aides auditives

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
--	--	-------	-------

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	100 % BR + 500 € ⁽³⁾ par année civile	+ 50 €	+ 100 €
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % BR + 300 € ⁽¹⁾ par année civile	Néant	Néant
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR	Néant	Néant

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du

Dentaire

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾			
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	Néant	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
Prothèses			
Panier maîtrisé ⁽²⁾			
- Inlay, onlay	100 % BR dans la limite des HLF	Néant	Néant
- Inlay core	300 % BR dans la limite des HLF	+ 100 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR dans la limite des HLF	+ 100 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾
Panier libre ⁽³⁾			
- Inlay, onlay	100 % BR	Néant	Néant
- Inlay core	300 % BR	+ 100 % BR	+ 150 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR	+ 100 % BR	+ 150 % BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	Néant	Néant
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale			
Orthodontie	300 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale			
Parodontologie	Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 75 € par année civile
Orthodontie	Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾			
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant

Équipements libres ⁽³⁾

Monture de classe B (adulte et enfant +16 ans) ⁽²⁾	70 €	+ 30 €	+ 30 €
Monture de classe B (enfant -16 ans) ⁽²⁾	50 €	+ 50 €	+ 50 €
Verres de classe B (adulte et enfant +16 ans) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
Verres de classe B (enfant -16 ans) ⁽²⁾			

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	Néant	Néant
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant	Néant
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	Néant	Néant

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 100 € par année civile	Néant	Néant
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 200 € par œil et par année civile	+ Crédit de 100 € par œil et par année civile	+ Crédit de 200 € par œil et par année civile

- (1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- (2) Conditions de renouvellement de l'équipement :
- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :
 - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
 - Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
 - Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
 - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
 - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
 - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
 - La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
 - Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
 - Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
 - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
 - La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.
 - La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;
 - une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.
- (3) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus) / Adulte et enfant de 16 ans et plus		
			Essentiel	Option Confort	Option Summum
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	50 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	50 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 6	80 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	80 €	+ 30 €	+ 40 €
	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	80 €	+ 30 €	+ 40 €	
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	110 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	110 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	110 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 8	150 €	+ 30 €	+ 40 €
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	150 €	+ 30 €	+ 40 €	

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

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus) / Enfant de -16 ans		
			Essentiel	Option Confort	Option Summum
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	40 €	+ 20 €	+ 30 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	40 €	+ 20 €	+ 30 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	40 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 6	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	75 €	+ 30 €	+ 40 €
	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €	
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 8	75 €	+ 30 €	+ 40 €
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	75 €	+ 30 €	+ 40 €	

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

Autres frais

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum

Cure thermique remboursée Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Frais de voyage et hébergement	300 € limité à une intervention par année civile	Néant	+ 50 € limité à une intervention par année civile

Forfait maternité

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 200 €	Néant	+ 100 €
---	------------------	-------	---------

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

Quelques exemples pour mieux comprendre vos garanties

Hospitalisation pour une hospitalisation de 24h pour une opération de la cataracte en clinique conventionnée

	Prix moyen pratiqué	Remboursement assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale)	AG2R Prévoyance			Reste à charge		
			Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum	Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum
Forfait journalier hospitalier	20 €	Non	20 €	20 €	20 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés, adhérent à un DPTM (***)	355 €	247,60 €	107,40 €	107,40 €	107,40 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres, non adhérent à un DPTM (***)	431 €	247,60 €	183,40 €	183,40 €	183,40 €	0 €	0 €	0 €

Optique

	Prix moyen pratiqué	Remboursement assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale)	AG2R Prévoyance			Reste à charge		
			Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum	Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum
Équipement 100% santé (Classe A) pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans								
Équipement de classe A : monture + 2 verres unifocaux	125 €	22,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	0 €	0 €	0 €
Équipement autre que 100% santé (classe B) pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans								
Équipement de classe B : monture + 2 verres simples unifocaux (exemple pour des verres unifocaux sphériques de -6 à +6 dioptries)	345 €	0,09 €	170 €	260 €	280 €	174,91 €	84,91 €	64,91 €

Dentaire

	Prix moyen pratiqué	Remboursement assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale)	AG2R Prévoyance			Reste à charge		
			Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum	Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum

Pour un détartrage

Pour un détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	0 €	0 €	0 €
--------------------	---------	---------	--------	--------	--------	-----	-----	-----

Soins et prothèses 100% santé

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	84 €	416 €	416 €	416 €	0 €	0 €	0 €
--	-------	------	-------	-------	-------	-----	-----	-----

Soins et prothèses à tarifs libres

Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	0 €	276 €	396 €	454 €	178 €	58 €	0 €
---	----------	-----	-------	-------	-------	-------	------	-----

Aides auditives par oreille pour un adulte de plus de 20 ans

	Prix moyen pratiqué	Remboursement assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale)	AG2R Prévoyance			Reste à charge		
			Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum	Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	210 €	640 €	690 €	740 €	626 €	576 €	576 €

Soins courants

	Prix moyen pratiqué	Remboursement assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale)	AG2R Prévoyance			Reste à charge		
			Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum	Base Essentiel	Essentiel + Option Confort	Essentiel + Option Summum
consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	1 €	1 €	1 €
consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	9 €	9 €	1 €	1 €	1 €
consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés, adhérent à un DPTM (***)	44 €	20 €	23 €	23 €	23 €	1 €	1 €	1 €
consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres, non adhérent à un DPTM (***)	56 €	15,10 €	25,30 €	25,30 €	25,30 €	27,10 €	15,60 €	15,60 €

Les cotisations mensuelles au 1^{er} janvier 2021

Pour l'entreprise

Adhésion collective et obligatoire pour le salarié au régime de base Essentiel.

La cotisation est prise à hauteur de 50% pour l'employeur et 50 % pour le salarié et est prélevée sur le bulletin de salaire.

Elle est appelée trimestriellement à terme échu.

La cotisation est appelée :

Régime de base essentiel pour le salarié

Régime général	1,08 % PMSS* (37,02€)
Régime Alsace-Moselle	0,72 % PMSS* (24,67€)

Pour les ayants-droit du salarié (adhésion base Essentiel – facultatif)

Base essentiel pour les ayants droit

	Adulte	Enfant***
Régime général	1,12% PMSS* (38,38€)	0,60% PMSS* (20,57€)
Régime Alsace-Moselle	0,76% PMSS* (26,05€)	0,42% PMSS* (14,40€)

Amélioration des garanties : régimes optionnels facultatifs

Pour le salarié et ses ayants droit**

Adhésion individuelle facultative en complément du régime de base Essentiel.

La cotisation sera prélevée chaque mois sur le compte bancaire du salarié.

	Option Confort	Option Summum
Adulte (Salarié/Conjoint)	+ 0,41% PMSS* (14,05€)	+ 0,91% PMSS* (31,19€)
Enfant***	+ 0,13% PMSS* (4,46€)	+ 0,25% PMSS* (8,57€)

Pour les anciens salariés

Dispositif Loi Evin

Tarifification conforme à la réglementation en vigueur (Décret N° 2017-372 du 21 mars 2017) la première année le tarif correspond au tarif des actifs.

Ces tarifs sont TTC incluant ainsi la TSCA (Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance).

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci suivent chaque année l'évolution de ce plafond.



* PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale : 3 428 € au 01/01/2021 .

** Les ayants droit seront couverts à un niveau de garanties identique à celui du salarié .

*** La gratuité est appliquée à compter du 3^e enfant à charge .

Les points forts

Nos engagements

- Des conseillers experts pour vous accompagner dans la mise en place du contrat et de son suivi
- Maintien des garanties de frais de santé gratuitement pendant 12 mois pour les ayants droit de salariés décédés
- La possibilité de maintenir les garanties de frais de santé en cas de suspension du contrat de travail
- La création d'un régime spécial pour les anciens salariés

Tout contrat collectif de protection sociale complémentaire doit être mis en place dans un cadre juridique : une décision unilatérale de l'employeur (DUE), un référendum ou un accord d'entreprise.

La possibilité, si vous le souhaitez, de passer par les réseaux de partenaires ITELIS : des soins de qualité au meilleur prix

Grâce à nos nombreux partenaires, c'est tout un réseau de professionnels de santé qui permet de bénéficier de multiples avantages et de services préférentiels. C'est aussi l'assurance d'avoir une prise en charge de qualité, quels que soient le besoin et la garantie.



La carte de tiers payant permet une dispense d'avance de frais auprès de 200 000 professionnels de santé conventionnés.

Des services en ligne et sur mobile réservés à nos assurés

Gagner du temps et profitez au mieux de votre complémentaire santé grâce aux services internet AG2R LA MONDIALE.

Créer votre compte sur l'Espace Client et accéder à vos services en ligne :

- Consulter vos remboursements en ligne
- Consulter vos garanties
- Demander la réédition d'une carte tiers payant (en cas de perte ou de vol)
- Modifier vos données personnelles (adresse, tél, email)
- Retrouver les professionnels conventionnés tiers payant et itelis proches de chez vous
- Demander un remboursement de soins directement en ligne, en déposant sur le site vos factures, vos décomptes
- Envoi de devis en ligne (dentaire, optique, audio, hospitalisation)
- Visualiser l'ensemble de vos contrats

Application « Ma Santé »

Nous vous proposons une application mobile, « Ma Santé », qui vous permet d'afficher votre carte de tiers payant directement sur votre mobile (iPhone, iPad et Android) et de géolocaliser les professionnels de santé acceptant la carte de tiers payant.

Pour bénéficier de tous ces services

Connectez-vous sur www.ag2rlamondiale.fr pour accéder à votre espace clients.

Téléchargez l'application « Ma Santé » : www.ag2rlamondiale.fr/services-en-ligne

Qu'est-ce que le programme Branchez-vous santé ?

Branchez-vous santé est un programme de prévention conçu pour préserver votre santé. Il est inclus dans le cadre de votre contrat frais de santé.

Les missions de Branchez-vous santé :

- Vous accompagner pour prendre en main votre santé
- Vous offrir les meilleures prises en charge pour prendre soin de vous
- Vous donner les informations utiles pour améliorer votre qualité de vie au quotidien

Retrouvez toutes les informations sur le programme "Branchez-vous santé" :
www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/prevention

Vous accompagner en cas de traitement des cancers et vous aider à prévenir les récurrences

Prise en charge de l'innovation médicale Visible Patient en cas de traitement

Pour améliorer les chances de réussite d'une éventuelle opération et pour définir la thérapie optimale à mettre en place dans le traitement d'un cancer, une technologie innovante permet une analyse complète de l'organe atteint et la modélisation en 3D.

Cet acte médical est pris en charge intégralement par le programme Branchez-vous santé.

Pour savoir si vous pouvez bénéficier de cette innovation, demandez un avis médical auprès de votre médecin ou complétez le formulaire au lien suivant <https://www.visiblepatient.com/patient/>

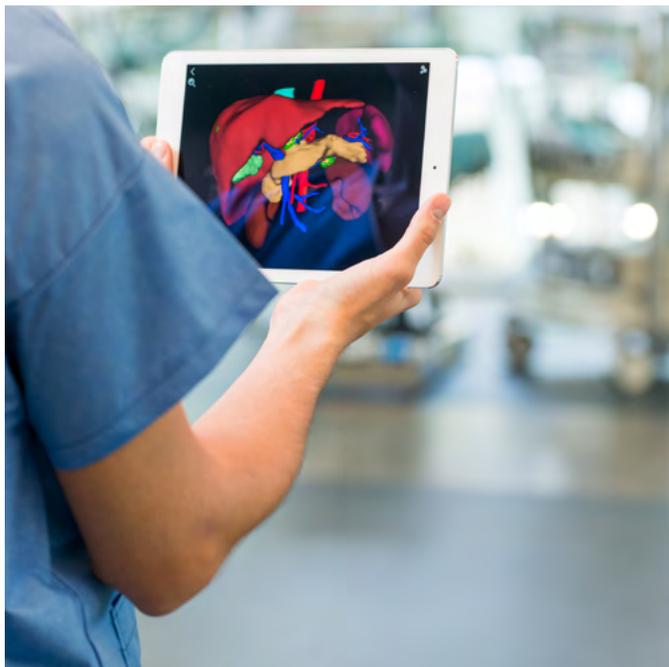
Redevenir acteur de sa santé après un cancer

Branchez-vous santé a créé un programme novateur d'accompagnement dans la lutte contre les récurrences grâce à l'utilisation des interventions non médicamenteuses (INM) :

Le #ParcoursINM après cancer

Il allie activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel pour permettre aux personnes en fin de traitement de se remettre en forme et ainsi limiter les risques de récurrences.

Si vous souhaitez bénéficier de ce parcours à la fin de votre traitement, contactez dès à présent les infirmières du dispositif au 0 801 801 321 (service et appel gratuits).



Modélisation en 3D par Visible Patient de l'organe atteint en vue d'une opération.



Prendre soin de votre santé

Protéger votre santé : protéger votre santé bucco-dentaire !

Une enquête* a révélé que plus d'un tiers des personnes interrogées ne connaissaient pas les liens entre la santé générale et la santé bucco-dentaire. Pourtant ces liens existent, alors pour protéger votre santé, adoptez les bons réflexes :

 une visite annuelle chez votre dentiste

 un brossage régulier deux fois par jour

 une alimentation variée et équilibrée

Branchez-vous santé insiste également sur la nécessité de consulter votre dentiste à deux âges clés, 35 et 55 ans, pour prévenir différentes maladies : maladies parodontales, diabète, maladies cardiovasculaires...

Prenez rendez-vous dès maintenant avec votre dentiste !

Faites le point sur votre santé et trouver les bons conseils

« En Quête de Vie » vise à donner à chacun les clés pour faire évoluer son comportement vis à vis de sa santé et notamment en identifiant les facteurs de risque sur quatre thématiques de santé essentielles :

Manger

Bouger

Dormir

Respirer

N'attendez plus pour devenir maître de votre santé et réalisez le questionnaire en ligne tout en bénéficiant de conseils adaptés.

Pour vous tester, connectez-vous sur le site : www.eqdv.fr



* Enquête Pierre Fabre Oral Care/UFSBD sur la santé bucco-dentaire des Français menée auprès de 22 969 répondants du 28 décembre 2018 au 10 février 2019 via Facebook – Twitter – Interne

Partout en France, un acteur de référence de l'assurance de protection sociale et patrimoniale

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Prévoyance

Garantie prévoyance individuelle
Garantie protection accident
Garanties obsèques
Assurance perte d'autonomie
Aide aux aidants

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Autres produits

Santé animaux
Crédit