AG2R LA MONDIALE

CCN de l'Industrie
et des services nautiques

Régime frais de santé collectif obligatoire de vos salariés 2027

conforme à l'offre de branche négociée par les représentants employeurs et salariés de votre secteur

Sommaire

1. Un régime frais de santé obligatoire pour l'ensemble de vos salariés 3

Les garanties du régime frais de santé collectif obligatoire et optionnel **4**

Taux de cotisations mensuel 2027 **10**

Les situations les plus fréquentes **12**

La mise en place de votre contrat frais de santé **13**

2. Nos services santé 14

1. Nos services santé destinés aux employeurs **15**

2. Nos services santé destinés aux salariés **17**

Les réflexes pour maîtriser votre budget santé **21**

3. Vos contacts 22

4. Notre action sociale AG2R LA MONDIALE 24

1. Un régime frais de santé obligatoire pour l'ensemble de vos salariés

Vos partenaires sociaux ont défini un régime conventionnel de frais de santé obligatoire, au profit de l'ensemble des salariés relevant de la convention collective de l'industrie et des services nautiques, et ce quels que soient leur ancienneté, la nature de leur contrat de travail et le nombre d'heures effectuées.

Composition de la couverture santé du salarié

Obligatoire
Un régime de base obligatoire = financé par l'employeur à hauteur de 50 % minimum de la cotisation

- Régime obligatoire pour tous les salariés de l'industrie et des services nautiques sauf dans certains cas (voir dispenses) ;
- Tarif identique pour tous.

Facultatif
Une couverture facultative pour le salarié et sa famille. Les ayants droit du salarié peuvent adhérer à l'offre de base et le cas échéant à l'option à titre facultatif.
Le financement du régime facultatif est à la charge exclusif du salarié. Le prélèvement de(s) cotisation(s) se fait sur son compte bancaire.

L'employeur peut décider, pour le compte de son salarié, de financer cette option en partie ou totalement. Cette option sera alors obligatoire pour tous les nouveaux embauchés de l'entreprise.
Pour bénéficier des exonérations sociales, cette décision sera actée dans un document appelé « Décision Unilatérale de l'Employeur » (DUE).

Les garanties du régime frais de santé collectif obligatoire et optionnel

Garanties

Les niveaux d'indemnisation du régime conventionnel s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.
Les niveaux d'indemnisation du régime surcomplémentaire s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime conventionnel obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :
BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.
CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.
D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.
FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.
HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.
PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.
PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale).
RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.
TM = Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).
€ = Euro.

Postes		Niveaux d'indemnisation	
		Régime conventionnel	Régime optionnel
Hospitalisation			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour		240 % de la BR	+ 40 % de la BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	240 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 50 % de la BR
Chambre particulière		1,5 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile	+ 1,40 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile
Frais d'accompagnement			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		Néant	1 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile
Transport			
Transport remboursé par la Sécurité sociale		100 % de la BR	+ 30 % de la BR

Postes		Niveaux d'indemnisation	
		Régime conventionnel	Régime optionnel
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 70 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 20 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, diététique, étiopathie, nutritionniste, psychologie, psychomotricité (1) (1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.		Crédit de 25 € par séance (limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire)	+ 5 € par séance (limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire)
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)		100 % de la BR	Néant
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »			
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale		Néant	Crédit de 1 % PMSS par année civile
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursées par la Sécurité sociale		100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale		Néant	1 % du PMSS par année civile

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime conventionnel	Régime optionnel
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	Néant
Aides auditives		
Équipements 100 % Santé (1)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV (2)	Néant
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)		
Équipements libres (3)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire	100 % de la BR (2)	+ 10 % de la BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)	100 % de la BR (2)	+ 10 % de la BR
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale (4)	100 % de la BR	Néant

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(2) 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).
(3) Équipement 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 présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).
(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

Dentaire		
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
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier maîtrisé (2)		
Inlay, onlay	170 % de la BR dans la limite des HLF	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF (4)
Inlay core	170 % de la BR dans la limite des HLF	+ 150 % de la BR dans la limite des HLF (4)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR dans la limite des HLF	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF (4)
Panier libre (3)		
Inlay, onlay	170 % de la BR	+ 100 % de la BR
Inlay core	170 % de la BR	+ 150 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR	+ 100 % de la BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	170 % de la BR	Néant

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime conventionnel	Régime optionnel
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
Orthodontie	225 % de la BR	+ 25 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 5 % PMSS par année civile et par bénéficiaire	+ 7 % PMSS par année civile dans la limite de 3 implants par an
Parodontologie	Crédit de 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire	Néant
Orthodontie	Néant	150 % de la BR

(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.
(4) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Optique		
Équipements 100 % Santé (1)		
Équipement de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (monture + 2 verres) (2)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Équipement de Classe A : Enfant de - 16 ans (monture + 2 verres) (2)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Prestations 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
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
Équipements libres (3)		
Équipement de Classe B : Adulte et Enfants de 16 ans et + (monture + 2 verres) (2)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres (dont 100 € maximum pour la monture)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Équipement de Classe B : Enfants de - 16 ans (monture + 2 verres) (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 ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV	Néant
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV	Néant
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR	Néant

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime conventionnel	Régime optionnel
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + Crédit de 2 % du PMSS par année civile	+ Crédit de 3 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 2 % du PMSS par année civile	+ Crédit de 8 % du PMSS 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.
La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B..

(2) Conditions de renouvellement
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 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. 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.
La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

Grille optique « Équipement de classe B »

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par équipement (monture + 2 verres)	
			Régime conventionnel	Régime optionnel
			Adulte et enfant de – 16 ans et 16 ans et +	Adulte et enfant de – 16 ans et 16 ans et +
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (1)	153 €	+ 255 €
		SPH < à – 6 ou > à + 6	250 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	153 €	+ 255 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	153 €	+ 255 €
		SPH > 0 et S > + 6	250 €	+ 330 €
		SPH < – 6 et CYL ≥ + 0,25	250 €	+ 330 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	250 €	+ 330 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	250 €	+ 255 €
		SPH < à – 4 ou > à + 4	250 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 8 à 0 et CYL ≤ + 4	250 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	250 €	+ 330 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	+ 330 €
		SPH < – 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	+ 330 €

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

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime conventionnel	Régime optionnel
Autres frais		
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale		
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR	Néant
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires	Néant	100 % du TM
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	Néant	10 % du PMSS

Taux de cotisations mensuel 2027

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1er janvier de l'exercice en cours.

Régime conventionnel

Adhésion collective et obligatoire pour le salarié : 50 % de la cotisation du régime obligatoire est pris en charge par l'employeur.

Salarié	Cotisations en % du PMSS
Régime général	1,07 %
Régime Alsace Moselle	0,63 %

Régime optionnel facultatif (libre choix du salarié)

Cotisation à la charge exclusive du salarié, appelée mensuellement sur son compte bancaire.
Pour bénéficier de ce régime, l'affiliation au régime conventionnel est obligatoire.

Fonctionnement de l'option
Le choix de l'option, en complément du régime conventionnel, peut se faire à tout moment.
Le changement de niveau de garanties à la hausse ou à la baisse ne peut intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation au niveau de la garantie en place. Toutefois, en cas de modification de situation de famille, cette condition n'est pas requise.

	Régime conventionnel étendu aux ayants droit	Régime optionnel souscrit par le salarié
Salarié (Régime général)	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Salarié		0,37 %
Conjoint	1,20 %	0,41 %
Enfant	0,68 %	0,15 %

Régime optionnel rendu obligatoire souscrit par employeur

L'entreprise peut rendre obligatoire l'option.
Il doit pour cela le formaliser dans un document appelé « Décision unilatérale de l'employeur ».

	Cotisations en % du PMSS
Salarié	0,37 %

Pour les anciens salariés

Les salariés sortants (qui bénéficiaient de la garantie frais de santé lorsqu'ils étaient en activité) pourront continuer à bénéficier, à la sortie de l'entreprise, de la garantie santé, à un tarif unique avantageux, sans évolution dans le temps du tarif en fonction de l'âge, et sans limite d'âge pour rentrer dans le régime.

Depuis le 1er juillet 2017, les tarifs sont plafonnés comme suit :
- la 1re année = tarif des actifs
- la 2e année = tarif des actifs majoré de 25 %
- la 3e année = tarif des actifs majoré de 50 %

La bascule d'un tarif 1re année à un tarif 2e année s'effectue à la date d'anniversaire de l'adhésion. La cotisation est appelée mensuellement sur le compte bancaire de l'assuré.

Salarié	Si l'ancien salarié bénéficiait du régime conventionnel (régime général)	Si l'ancien salarié bénéficiait d'un régime optionnel (régime général)
	Cotisations en % du PMSS	Cotisation en % du PMSS
Ancien salarié 1re année	1,07 %	0,37 %
Conjoint	1,37 %	0,50 %
Enfant	0,60 %	0,15 %

Les situations les plus fréquentes

J'ai déjà une mutuelle individuelle lors de mon embauche

Prévoyez de dénoncer votre contrat individuel. Vous pourrez, bien entendu, si vous le souhaitez conserver ce dernier, qui viendra en complément de la couverture obligatoire mise en place par votre employeur. Nous vous invitons dans ce cas à étudier l'option proposée.

Je suis déjà couvert par la mutuelle de mon conjoint

Le salarié couvert en tant qu'ayant droit au titre du régime frais de santé de son conjoint peut valablement se dispenser, qu'il soit couvert au titre dudit régime à titre obligatoire ou facultatif.

Je suis actuellement en arrêt de travail, je souhaite m'affilier

Tout salarié, quelle que soit la nature de son contrat de travail et qu'il soit présent ou non, peut s'affilier et bénéficier du régime Frais de santé de la branche mis en place par son employeur.

J'ai déjà une mutuelle par le biais de mon autre employeur (multi employeurs)

Je suis donc couvert par un autre régime collectif et obligatoire propre à cette entreprise. Dans ce cas, je peux bénéficier d'une dispense d'affiliation quel que soit le niveau de la couverture Frais de santé.

Mon conjoint travaille dans la même entreprise (les 2 sont salariés)

L'un des salariés au choix devra s'affilier au régime frais de santé de l'entreprise et son conjoint devra être affilié en tant qu'ayant-droit. Dans ce cas, ce dernier ne bénéficie ni de la portabilité, ni de la prise en charge d'une partie de sa cotisation par son employeur.

Je remplace une salariée pendant son congé maternité (ou arrêt de travail)

Votre employeur doit vous proposer la complémentaire santé collective. Vous pouvez ne pas adhérer si votre contrat de remplacement est un CDD inférieur à 12 mois (congés maternité). Si votre contrat se prolonge et dépasse les 12 mois, vous pourrez :

- soit décider d'adhérer au régime collectif,
- soit continuer à être dispensée d'adhérer. Vous devrez justifier alors d'une couverture à titre individuelle.

Je suis couverte par la mutuelle de l'entreprise et je suis licenciée

Je suis licenciée (sauf pour faute lourde), je peux bénéficier gratuitement du maintien de ma couverture santé à droits et prestations identiques, dans la limite de 12 mois, à condition de percevoir des indemnités chômage.

Je suis couverte par la mutuelle de l'entreprise et mon contrat en CDD arrive à son terme

Je peux continuer à bénéficier gratuitement du maintien de ma couverture santé pendant une durée égale à celle du contrat qui nous liait, dans la limite de 12 mois.
Mais pour cela, je dois percevoir des d'indemnités chômage.

Je suis couverte par la mutuelle de l'entreprise et je pars à la retraite

Je peux continuer à bénéficier de la mutuelle de la branche, à un tarif avantageux, et surtout sans évolution du tarif dans le temps en fonction de l'âge. Je dois pour cela en faire la demande dans les 6 mois suivant la fin de mon contrat.

La mise en place de votre contrat frais de santé

En tant qu'employeur, vous souhaitez adhérer et financer :

Le contrat conventionnel (base)

- Pas de formalisme particulier (dispositions figurant déjà dans votre convention collective).
  Vous devez compléter la demande d'adhésion que vous retrouverez sur le site AG2R LA MONDIALE dédié à votre branche : www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-industries-et-services-nautiques et la retourner à l'adresse postale : AGR LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1
- L'option sera proposée à vos salariés qui pourront y souscrire s'ils souhaitent améliorer leur niveau de remboursement.
  Dans ce cas, la cotisation sera appelée directement sur leur compte bancaire.

Le contrat de base + une option

Formalisme à respecter pour l'option uniquement.
Lorsque vous souhaitez faire bénéficier vos salariés de l'option en complément du régime conventionnel de base, celle-ci doit être mise en place par une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE).

En pratique

Pour les employeurs qui mettraient en place l'option obligatoire par DUE, seuls les salariés déjà présents dans l'entreprise pourront choisir d'adhérer ou non.
L'affiliation à l'option choisie par l'employeur sera par contre obligatoire pour les futurs salariés embauchés.

2. Nos services santé

1. Destinés aux employeurs
2. Destinés aux salariés

1. Nos services santé destinés aux employeurs

Espace internet dédié à votre profession

Véritable outil de l'offre de protection sociale dédiée aux entreprises et aux salariés de votre branche professionnelle, l'espace internet permet par cible (employeur, salarié, expert-comptable) de retrouver l'ensemble des éléments du régime et de télécharger les documents nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci.

Adresse internet pour la CCN de l'Industrie et des services nautiques

https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-industries-et-services-nautiques

Découvrez le service d'affiliation et radiation en ligne

Pour votre contrat santé, nous mettons à disposition un service totalement dématérialisé qui vous permet d'affilier et de radier vos nouveaux salariés.

Comment bénéficier de ce service ?

Rendez-vous dans votre espace client AG2R LA MONDIALE.

Si vous n'avez pas encore créé celui-ci, rendez-vous sur cet espace afin de créer votre compte.

Il vous suffira de suivre les étapes.

En tant qu'employeur, vous pourrez :

- Affilier et radier les salariés « espace en ligne ».
- Suivre et consulter les demandes d'affiliation et les demandes de vos salariés en temps réel dans le tableau de suivi.

NB : Un compte internet pour le salarié est automatiquement créé.

Vos salariés pourront :

- Affilier leurs ayants droit.
- Souscrire au régime optionnel pour eux et leurs ayants droit.
- Consulter les tarifs de l'option et accéder aux détails de leurs garanties.

En résumé

5 étapes rapides pour vous accompagner

1. **Affiliation rapide de mon nouveau salarié.**
   Vous saisissez l'affiliation de votre salarié sur votre espace client, rubrique affiliation. Votre démarche est terminée.

2. **Traitement automatique de ma demande.**
   Votre demande est envoyée et sera traitée dans les 24 heures. Elle est enregistrée dans votre espace client, rubrique suivi. Une carte santé est envoyée.

3. **Information auprès de mon salarié.**
   Il est informé de son affiliation par mail ou par courrier. Il pourra affilier sa famille et/ou améliorer ses garanties depuis son espace client, automatiquement créé.

4. **Autonomie de mon salarié dans le choix de ses options.**
   Votre salarié inscrit sa famille et/ou améliore ses garanties en ligne. Sa demande est traitée immédiatement. Vous êtes informé par mail s'il y a un impact sur votre cotisation.

5. **Suivi de l'affiliation.**
   Retrouvez dans votre espace client un suivi de vos demandes, ainsi que celles de vos salariés. Effectuez des recherches par filtres et pilotez votre contrat santé.

2. Nos services santé destinés aux salariés

Grâce aux services en ligne réservés à vos salariés, ce dernier peut :

- Accédez à sa carte de tiers payant.
- Recevoir ses décomptes par e-mail et suivre ses remboursements en ligne, en temps réel, en s'abonnant aux décomptes santé en ligne.
- Déposez une demande de remboursement de prestations santé en ligne
- Consultez son tableau de garantie
- Téléchargez ses devis optique et dentaire afin de connaître précisément le montant de prise en charge.
- Retrouvez tous les liens utiles pour l'aider dans ses démarches administratives, le guider dans la prévention santé ou choisir un établissement hospitalier...

Pour créer son espace client, rien de plus simple !

Depuis le site www.ag2rlamondiale.fr :
- Se dirigez vers l'Espace Client.
- Cliquez sur « S'inscrire » puis sélectionnez son profil et complétez vos données.
- Saisir le numéro de contrat figurant sur la carte de tiers payant ou le certificat d'adhésion.
- Cliquez sur le lien présent dans l'email d'activation reçu à l'issue de l'inscription (ne pas hésitez à vérifier que celui-ci n'arrive pas dans les courriers indésirables).

Pour bénéficier de tous ces services

Vos salariés peuvent se connecter sur www.ag2rlamondiale.fr pour accéder à leur espace client ou télécharger l'application « Côté santé ».

La dispense d'avance de frais avec leur carte de tiers payant

Le tiers payant
Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à disposition de vos salariés une carte qui leur permet de bénéficier du tiers payant auprès de professionnels de santé tels que les établissements hospitaliers conventionnés, les pharmacies, les radiologues, les laboratoires d'analyses... Leur carte de tiers payant est strictement personnelle et atteste à tout moment de leur appartenance à AG2R LA MONDIALE.

Qu'est-ce que le tiers payant ?
Le tiers payant leur permet d'éviter l'avance de frais.

Comment fonctionne le tiers payant ?

Chez le pharmacien
Pour bénéficier du tiers payant sur les frais engagés, vos salariés présentent à leur pharmacien :
- la carte Vitale ou son attestation qui permet la prise en charge de frais concernant le régime de base de la Sécurité sociale,
- la carte de tiers payant qui permet la prise en charge du Ticket Modérateur (TM).

Le tiers payant est possible avec toutes les pharmacies de l'ensemble des départements français.

Chez les autres professionnels de la santé
Des accords ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes...
Pour en bénéficier, présenter à ces professionnels de santé la Carte Vitale et la carte de tiers payant.

À l'hôpital
En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R LA MONDIALE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à la charge du salarié (forfait hospitalier 20 €/jour). L'établissement hospitalier ou le salarié doit fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue :
- n° de Sécurité sociale de l'assuré principal.
- nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- n° de sécurité sociale du bénéficiaire des soins (s'il est différent de celui de l'assuré principal).
- date exacte d'entrée.
- adresse de l'établissement.

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte de tiers payant.

Chez l'opticien
Le salarié présente sa carte de tiers payant à l'opticien qui s'adresse directement au centre de gestion AG2R LA MONDIALE pour obtenir la prise en charge optique.
AG2R LA MONDIALE règle l'opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restant éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 14 000 opticiens.

Chez le dentiste
Si le chirurgien-dentiste accepte de pratiquer le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, il doit alors effectuer une demande de prise en charge. N'hésitez pas à lui demander s'il pratique ce service.

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, vos salariés peuvent se connectez à leur espace client : www.ag2rlamondiale.fr

La e-carte de tiers payant à portée de main

Dès réception du dossier complet, la carte de tiers payant sera directement accessible sur l'application Côté santé et sur l'espace client de votre salarié.

Les avantages de la e-carte de tiers payant

- Un accés rapide et immédiat pour vous et votre famille.
- Un envoi par mail à vos professionnels de santé.
- Le téléchargement ou l'impression.

À savoir

Lors du renouvellement annuel de la carte de tiers payant*, le salarié reçoit par email une notification de mise à disposition.

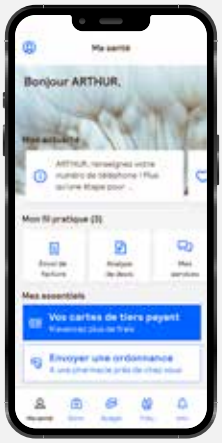
* S'il ne souhaite pas bénéficier de cette e-carte, il peut effectuer une demande ponctuelle d'édition.

Comment accéder à la e-carte de tiers payant depuis l'application Côté santé ?

Étape 1 Le salarié doit se connecter en utilisant son identifiant et son mot de passe (identique à son espace client).

Étape 2 Dans la rubrique **Mes essentiels** en bas de l'écran, il doit sélectionner **Vos cartes de tiers payant**.

Étape 3 Il doit cliquer sur le visuel carte de tiers payant pour la visualiser.



Comment utiliser la e-carte de tiers payant ?

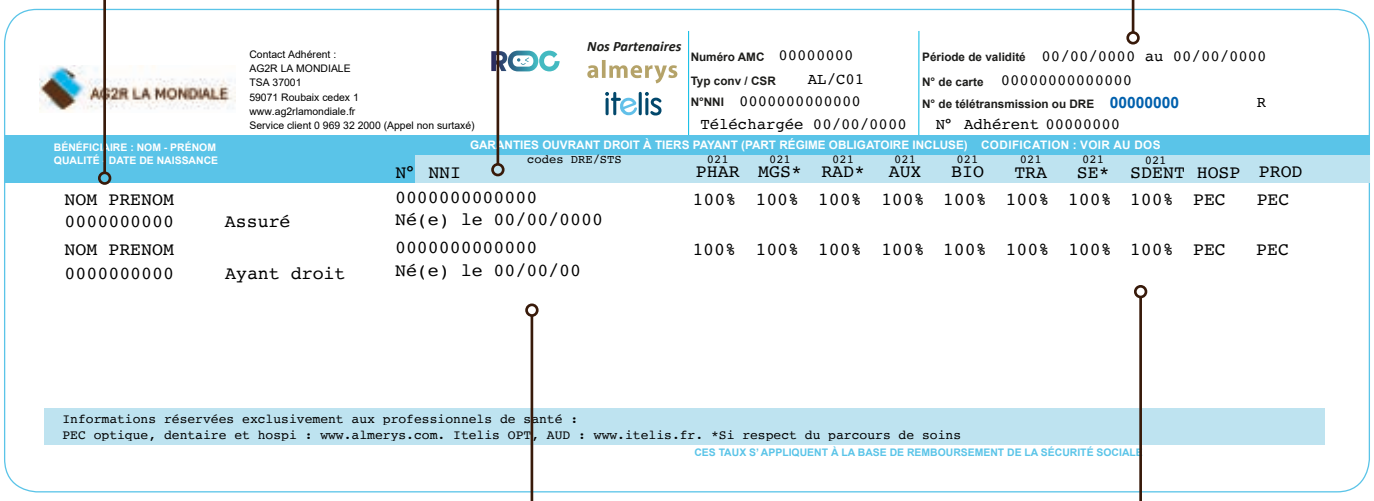
1. La présenter à son professionnel de santé pour qu'il scanne le QR Code.
2. La partager par email à son professionnel de santé.

Comment lire la carte de tiers payant

Nom et prénom des assurés

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (à rappeler lors de toute correspondance avec votre mutuelle)

Période de validité



Date de naissance des assurés. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte Vitale. Si ce n'est pas le cas, adressez-nous une photocopie de l'attestation de votre carte Vitale.

Prestations ouvertes au tiers payant

Les réseaux 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.

En optique
- Jusqu'à 40 % d'économie sur les verres,
- une réduction minimale de 15 % sur les montures et produits para-optiques (lunettes de soleil...),
- la qualité des verres fabriqués par des grands verriers,
- une garantie casse de 2 ans pour la monture et les verres.

Chez les audioprothésistes
- Jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives,
- 0 % à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires,
- test de l'ouïe en ligne,
- Garanties après-vente : adaptation, dépannage[1].

(1) En cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement.

Réseau bien-être ostéopathie
Des ostéopathes et des chiropracteurs qualifiés disponibles partout en France à des tarifs négociés pour les consultations en cabinet et à domicile.

Réseau bien-être psychologie
Des psychologues expérimentés dans la pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC).

La géolocalisation des professionnels de santé

Pour l'utiliser, il suffit de s'inscrire aux services en ligne – c'est gratuit et sans aucune obligation : https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

Les réflexes pour maîtriser votre budget santé

1. **Inscrivez-vous à votre espace client en ligne**
   et consultez-le régulièrement
2. **Respectez le parcours de soins**
   en consultant en premier lieu votre médecin traitant
3. **Informez-vous sur les tarifs des praticiens**
   sur ameli.fr
4. **Abonnez-vous aux décomptes en ligne**
   pour suivre vos remboursements
5. **Utilisez les services pour géolocaliser**
   les professionnels de santé conventionnés tiers payant ou Itelis
6. **Faites analyser par votre complémentaire**
   vos devis dentaires et d'hospitalisation pour estimer le montant pris en charge
7. **Pensez aux médicaments**
   sous conditionnement trimestriel moins coûteux
8. **Faites vos choix**
   en fonction des vos besoins médicaux plutôt que des offres commerciales
9. **N'oubliez pas la prévention**
   la meilleure façon d'éviter les dépenses de santé

3. Vos contacts

Vos contacts

Nos conseillers sont à votre écoute

Pour toute question relative au processus de signature électronique ou d'affiliation de vos salariés, veuillez contacter nos équipes :

- Par email à l'adresse : bg_accords_conventionnels_prev_et_sante@ag2rlamondiale.fr
- Par téléphone :
  - Pour les employeurs : 0 972 67 2222*
  - Pour les salariés : 0 969 81 2000*

  *Prix d'un appel local

Pour faciliter les démarches lors de votre contact avec nos conseillers, munissez-vous des informations suivantes avant tout échange :

Employeur	Salarié(e)
Numéro de SIRET de votre entreprise	Numéro de contrat Santé collectif
Numéro de contrat Santé collectif	Numéro de Sécurité sociale

Notre site internet
AG2R LA MONDIALE
www.ag2rlamondiale.fr

4. Notre action sociale AG2R LA MONDIALE

Notre action sociale AG2R LA MONDIALE

Des aides et des services dédiés aux salariés de l'industries et services nautiques

Votre salarié rencontre des difficultés ?

Quel soutien peut-il espérer ?
Selon les besoins et en complément de votre contrat, l'action sociale d'AG2R Prévoyance peut apporter au salarié, ainsi qu'à sa famille, un soutien complémentaire en accordant, selon certaines conditions, des aides financières ou conseils en cas de maladie, hospitalisation, handicap, dépendance ou décès...

À vos côtés, en cas de « coups durs »
Face aux aléas de la vie, AG2R LA MONDIALE vous apportera un accompagnement personnalisé pour :
- vous écouter et vous conseiller sur vos droits,
- vous orienter dans vos démarches,
- vous aider financièrement en cas de difficulté exceptionnelle après analyse de votre situation.

Nos domaines d'intervention
- Santé/prévention,
- Situations de vulnérabilité (veuvage, emploi, séparation...),
- Handicap,
- Accompagnement de vos proches fragilisés.

Un numéro unique pour nous joindre
0 969 361 043

Site internet dédié à l'action sociale
https://www.ag2rlamondiale.fr/groupe/nos-engagements/reduire-les-vulnerabilites/action-sociale

Pour les professionnels et les entreprises, nous offrons une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Je crée mon entreprise
Couvrir mes dépenses de santé
Me protéger en cas d'imprévu
Être accompagné dans la gestion de mon entreprise
Épargner pour ma retraite
Choisir mon statut social
Optimiser ma rémunération

Je prépare l'avenir de mon entreprise
Mieux comprendre ma protection sociale
Couverture sociale et avantages des salariés
Permettre à mes salariés d'épargner
Mieux valoriser mon entreprise
Protéger la trésorerie de mon entreprise

Je prépare ma retraite
Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

Je transmets mon entreprise
Préparer la transmission de mon entreprise
Conserver ma protection sociale
Protéger mon patrimoine privé
Analyser mes revenus futurs

Nos conseillers sont là pour échanger avec vous, vous écouter et vous accompagner dans vos choix.

www.ag2rlamondiale.fr

AG2R LA MONDIALE
14-16 boulevard Malesherbes
75379 PARIS CEDEX 08

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270.

00010217-260928-01 - © Getty Images, iStock by Getty Images, Adobe Stock, Luis Alvarez, Stocksy
Le présent document n'a pas de valeur contractuelle, il n'est conçu qu'à titre d'information et ne remplace pas les définitions inscrites au contrat