



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Garanties et cotisations

CCN de la Fabrication de l'ameublement (N° de brochure 3155 - IDCC 1411)

Ensemble du personnel

Vos garanties frais de santé

Les garanties et taux de cotisation sont conformes à l'accord du 14 avril 2015 modifié en dernier lieu par l'avenant n° 2 du 7 octobre 2024 de la Convention collective nationale sus nommée.

Sans modification de l'accord/avenant conventionnel, les garanties et taux de cotisation sont reductibles chaque exercice.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

DPTM : (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

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

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

	Régime de base	Option 1	Option 2
Hospitalisation			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Honoraires de chirurgie (ADC) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	170 % BR 150 % BR	+ 50 % BR + 50 % BR	+ 130 % BR + 50 % BR
Honoraires d'anesthésie (ADA), Autres honoraires Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	150 % BR 130 % BR	+ 50 % BR + 50 % BR	+ 130 % BR + 50 % BR
Honoraires techniques médicaux (ATM) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	150 % BR 130 % BR	+ 50 % BR + 50 % BR	+ 130 % BR + 50 % BR
Chambre particulière (y compris maternité)	30 € par jour	+ 10 € par jour	+ 30 € par jour
Transport			
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	-	-
Soins courants			
Honoraires médicaux remboursé Sécurité sociale			
Généraliste (Consultation et visite) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR 100 % BR	+ 50 % BR + 30 % BR	+ 100 % BR + 80 % BR
Spécialiste (Consultation et visite) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR 100 % BR	+ 50 % BR + 30 % BR	+ 100 % BR + 80 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR 100 % BR	+ 30 % BR + 10 % BR	+ 60 % BR + 40 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR 100 % BR	+ 30 % BR + 10 % BR	+ 60 % BR + 40 % BR

	Régime de base	Option 1	Option 2
Honoraires médicaux non remboursé Sécurité sociale			
Chiropractie, Ostéopathie, Acupuncture, (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS	23 € par acte, limité à 1 acte par année civile	+ 23 € par acte, limité à 1 acte par année civile	+ 7 € pour le 1 ^{er} acte, + 30 € par acte, limité à 2 actes supplémentaires par année civile
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	+ 20 % BR	+ 50 % BR
Analyses et examens de biologies médicales remboursés Sécurité sociale	100 % BR	+ 20 % BR	+ 50 % BR
Médicaments			
Remboursés par Sécurité sociale	100 % BR	-	-
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée par Sécurité sociale	100 % BR	-	-
Non remboursée par Sécurité sociale	-	-	-
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaire et d'optique)	100 % BR	-	-
Actes de prévention remboursé Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	-	-
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé (**)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	-	-
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)		-	-
Équipements libres (***)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR dans la limite du plafond réglementaire (1 700 € du RSS inclus au 1 ^{er} janvier 2021)	+ 150 € par oreille, dans la limite de 1 700 € y compris le régime complémentaire obligatoire et le régime SS	+ 300 € par oreille, dans la limite de 1 700 € y compris le régime complémentaire obligatoire et le régime SS
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)			
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

		Régime de base	Option 1	Option 2
Dentaire				
Soins et prothèses 100 % Santé (*)				
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	-	-	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		-	-	
Prothèses				
Panier maîtrisé (**)				
Inlay, onlay	125 % BR dans la limite des HLF	-	+ 75 % de la BR dans la limite des HLF	
Inlay core	250 % BR dans la limite des HLF	+ 50 % BR dans la limite des HLF (***)	+ 150 % de la BR dans la limite des HLF	
Autres appareillages prothétiques dentaires	250 % BR dans la limite des HLF	+ 50 % BR dans la limite des HLF (***)	+ 150 % de la BR dans la limite des HLF	
Panier libre (***)				
Inlay, onlay	125 % BR	-	+ 75 % BR	
Inlay core	250 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	
Autres appareillages prothétiques dentaires	250 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	
Soins				
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	+ 25 % BR	+ 100 % BR	
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale				
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	150 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % BR	
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale				
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	-	150 % BR	250 % BR	

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

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

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

		Régime de base	Option 1	Option 2
Optique				
Équipements 100 % Santé (*)				
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, - dans la limite des PLV (dont 30€ maximum pour la monture)	-	-	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, - dans la limite des PLV (dont 30€ maximum pour la monture)	-	-	
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	-	-	
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	-	-	
Équipements libres (***)				
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	-	-	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique, en fonction du type de verres	+ 60 € pour 2 verres simples + 80 € pour 2 verres complexes	+ 140 € pour 2 verres simples + 220 € pour 2 verres complexes	
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	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	-	-	
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 (et au minimum 4 €) dans la limite des PLV	-	-	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	-	-	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 €	-	-	

	Régime de base	Option 1	Option 2
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + 100 € par année civile	+ Crédit de 50 € par paire et par année civile	+ Crédit de 100 € par paire et par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	-	80 € par année civile	150 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	-	Crédit de 200 € par œil et par année civile

Autres frais

Cure thermique remboursée Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	100 % BR	-	-
Frais de voyage et hébergement	100 % BR		

(*) Equipements 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.

(**) 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.

(***) Equipements 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

			Montant en € par verre (RSS inclus)					
Verres	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL ET	Régime conventionnel		Régime conventionnel + option 1		Régime conventionnel + option 2	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	80 €	70 €	100 €	90 €	120 €	110 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	100 €	90 €	120 €	110 €	140 €	130 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	80 €	110 €	100 €	130 €	120 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100 €	90 €	120 €	110 €	140 €	130 €
		SPH > 0 et S > + 6	120 €	110 €	140 €	130 €	160 €	150 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	110 €	100 €	130 €	120 €	150 €	140 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	110 €	100 €	130 €	120 €	150 €	140 €
Et progressifs multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	160 €	150 €	180 €	170 €	200 €	190 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	180 €	170 €	200 €	190 €	220 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	180 €	170 €	200 €	190 €	220 €	210 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	190 €	220 €	210 €	240 €	230 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	200 €	190 €	220 €	210 €	240 €	230 €
		SPH > 0 et S > + 8	220 €	210 €	240 €	230 €	260 €	250 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	200 €	190 €	220 €	210 €	240 €	230 €

* Le verre neutre est compris dans cette classe.

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.

Vos taux de cotisation

Pour l'entreprise

Salarié en adhésion collective et obligatoire

La cotisation «salarié» est répartie à hauteur de 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié et est prélevée sur le bulletin de salaire

	Régime de base conventionnel - Adhésion obligatoire	
	Régime général	Régime local
	PMSS	PMSS
Salarié	1,07 %	0,47 %

Pour le salarié

Salarié en adhésion individuelle facultative, en complément du régime de base

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

	Régime de base conventionnel et Options - Adhésion facultative			
	Régime général	Régime local	Option 1	Option 2
	PMSS	PMSS	PMSS	PMSS
Salarié	-	-	0,21 %	0,58 %
Conjoint	1,22 %	0,53 %	0,21 %	0,58 %
Enfant*	0,67 %	0,33 %	0,13 %	0,27 %

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

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 augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

Pour les anciens salariés (loi Evin)

La cotisation sera prélevée chaque mois sur le compte bancaire de l'assuré.

La 1^{re} année, la cotisation sera identique à celle des actifs.

		Régime de base conventionnel		Option 2
La 1 ^{re} année		PMSS	PMSS	PMSS
Régime Général	Adulte	1,07 %	11,38	0,82 %
	Enfant *	0,67 %	5,10	0,27 %
Régime Alsace Moselle	Adulte	0,47 %	11,38	0,82 %
	Enfant *	0,33 %	5,10	0,27 %

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant