



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain



Régime Frais de santé 2026

**CCN Cabinets et cliniques vétérinaires
(Brochure 3282 // IDCC 1875)**

Sommaire

4 Régime frais de santé

5 Garanties 2026

11 Cotisation 2026

11 Adhésion collective et obligatoire pour le salarié

11 Cotisations facultatives des salariés et ayants droit

12 Cotisations facultatives des anciens salariés (Loi Evin)

14 Les actions de prévention

15 **Votre campagne de prévention des incivilités au sein des établissements de soins vétérinaires**

15 **Une plateforme d'accompagnement dédiée**

15 Types de situations possibles pouvant être prises en charge par la plateforme

16 **Présentation du programme « Branchez-vous santé »**

16 Vos garanties « Branchez-vous santé »

18 Nos services santé

19 **Espace internet dédié à votre profession**

20 **Découvrez le service d'affiliation et radiation en ligne**

20 Comment bénéficier de ce service ?

21 **En résumé**

21 5 étapes rapides pour vous accompagner

22 **La dispense d'avance de frais avec votre carte de tiers payant**

22 Le tiers payant

23 La géolocalisation des professionnels de santé

23 Les réseaux partenaires Itelis : des soins de qualité au meilleur prix

24 Des services en ligne réservés à nos assurés

24 Pour créer votre espace client, rien de plus simple !

25 **Votre e-carte de tiers payant à portée de main**

25 Les avantages de la e-carte de tiers payant

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

25 Comment lire votre carte de tiers payant

27 **10 réflexes pour maîtriser votre budget santé**



Régime frais de santé

Vos conventions collectives prévoient la mise en place d'un régime obligatoire frais de santé au profit de l'ensemble des salariés.

AG2R Prévoyance est recommandé par les partenaires sociaux pour assurer et gérer ce régime.

Garanties 2026

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.

Les niveaux d'indemnisation Base + Option s'entendent y compris régime de base obligatoire et y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, 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.

DPTM = 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 effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (la valeur du PMSS se trouve 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.

€ = Euro.

Nature des frais		Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Hospitalisation		Conventionné / Non conventionné		
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour		130 % BR	130 % BR	130 % BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–	–
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–	–
Honoraires				
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM :	150 % BR	170 % BR	220 % BR
	Non adhérents DPTM :	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Chambre particulière		28 € par jour	45 € par jour	60 € par jour
Frais d'accompagnement				
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		28 € par jour	45 € par jour	60 € par jour
Transport				
Transport remboursé SS		100 % BR	100 % BR	100 % BR

Nature des frais		Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Remboursés SS				
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % BR	170 % BR	220 % BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC), Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	150 % BR	170 % BR	220 % BR
	Non adhérents DPTM :	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM :	100 % BR	170 % BR	220 % BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Non remboursés SS				
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Diététicien, Ergothérapie, Méthode Mézières, Microkinésie, Nutritionniste, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricité, Psychothérapie, Réflexologie, Sophrologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS 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	20 € par acte limité à 4 actes par année civile
Ostéodensitométrie		–	–	Crédit de 100 € par année civile
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues (actes remboursés SS)		100 % BR		
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursé SS		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–	–
Médicaments				
Remboursés SS		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments)				
Remboursée SS		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Non remboursée SS				
Sevrage tabagique		Crédit de 2 % PMSS par année civile	Crédit de 2 % PMSS par année civile	Crédit de 4 % PMSS par année civile
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Crédit de 1% PMSS par année civile	Crédit de 2 % PMSS par année civile	Crédit de 3 % PMSS par année civile
Autre pharmacie prescrite				
Matériel médical				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100 % BR + Crédit de 1 000 € par année civile	100 % BR + Crédit de 1 500 € par année civile	100 % BR + Crédit de 2 000 € par année civile
Actes de prévention remboursés SS				
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	100 % BR	100 % BR

Nature des frais	Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾ :			
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 ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾
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 ⁽³⁾ :			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 550 € ⁽²⁾	100 % BR + 1 000 € ⁽²⁾	100 % BR + 1 300 € ⁽²⁾
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)	100 % BR + 300 € ⁽²⁾	100 % BR + 300 € ⁽²⁾	100 % BR + 300 € ⁽²⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursées SS ⁽⁴⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁵⁾			
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	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 ⁽⁶⁾			
Inlay, onlay	100 % BR dans la limite des HLF	100 % BR dans la limite des HLF	100 % BR dans la limite des HLF
Inlay core	270 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽⁷⁾			
Inlay, onlay	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay core	270 % BR	400 % BR	500 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270 % BR	400 % BR	500 % BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres actes dentaires remboursés SS			
Orthodontie remboursée SS	180 % BR	430 % BR	460 % BR
Actes dentaires non remboursés SS			
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 120 € par année civile	Crédit de 390 € par année civile	Crédit de 450 € par année civile
Orthodontie	180 % de la BR reconstituée	180 % de la BR reconstituée	180 % de la BR reconstituée

Nature des frais	Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Optique			
Équipements 100 % Santé⁽⁸⁾ :			
Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾			
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	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	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	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Équipements libres⁽¹⁰⁾ :			
Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾	RSS + 85 €	RSS + 92,50 €	RSS + 100 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres (page 10)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres (page 10)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres (page 10)
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	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR 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 dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtisie / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit de 1,25 % PMSS par année civile	100 % BR + crédit de 2,25 % PMSS par année civile	100 % BR + crédit de 3,5 % PMSS par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 1,75 % PMSS par année civile	Crédit de 1,75 % PMSS par année civile	Crédit de 3,5 % PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit annuel de 6 % PMSS par œil	Crédit annuel de 6 % PMSS par œil	Crédit annuel de 6 % PMSS par œil

Nature des frais	Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Autres frais			
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR	–	–
Forfait maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	–	–	10 % PMSS

- (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) 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 présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € 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.
- (5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (8) 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.
- (9) 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.
- (10) 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 » – Régime socle

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)					
			Régime de Base conventionnelle		Régime de Base conventionnelle + option 1		Régime de Base conventionnelle + 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 €
Progressifs et 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.

Cotisation 2026

Adhésion collective et obligatoire pour le salarié

L'employeur peut adhérer au régime complémentaire frais de santé « Régime de Base conventionnelle » et améliorer les garanties de ses salariés en souscrivant une option.

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. Elle est appelée trimestriellement à terme échu.

Salarié	Régime général		Régime Alsace/Moselle	
	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Régime de Base conventionnelle	1,31 %	52,47 €	0,71 %	28,45 €
« Régime de Base conventionnelle + option 1 »	1,61 %	64,49 €	1,01 %	40,46 €
« Régime de Base conventionnelle + option 2 »	1,98 %	79,30 €	1,38 %	55,27 €

Cotisations exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Sa valeur est estimée à 4 005 € pour l'année 2026.

Cotisations facultatives des salariés et ayants droit

Si l'employeur souscrit uniquement au Régime de Base conventionnelle, le salarié peut choisir d'améliorer ses garanties en souscrivant une option. Il peut également étendre ses garanties à sa famille (conjoint, concubin, pacsé, enfants à charge).

La cotisation globale est à la charge exclusive du salarié et est prélevée mensuellement sur compte bancaire.

		Régime général		Régime Alsace-Moselle	
		Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Régime de Base conventionnelle	Conjoint	1,36 %	54,47 €	0,74 %	29,64 €
	Enfant	0,77 %	30,84 €	0,41 %	16,42 €
Option 1	Salarié / Conjoint	0,30 %	12,02 €	0,30 %	12,02 €
	Enfant	0,21 %	8,41 €	0,21 %	8,41 €
Option 2	Salarié (Régime de Base conventionnelle)*	0,67 %	26,83 €	0,67 %	26,83 €
	Salarié (option 1)**	0,37 %	14,82 €	0,37 %	14,82 €
	Conjoint	0,67 %	26,83 €	0,67 %	26,83 €
	Enfant	0,25 %	10,01 €	0,25 %	10,01 €

Cotisations exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Sa valeur est estimée à 4 005 € pour l'année 2026.

(*) Cotisation salarié de l'option 2 dans le cas où l'employeur n'a souscrit que le régime conventionnel.

(**) Cotisation salarié de l'option 2 dans le cas où l'employeur a mis en place le régime conventionnel et l'option 1 à titre obligatoire.

Cotisations facultatives des anciens salariés (Loi Evin)

À l'issue des droits à portabilité, les salariés ayant quitté l'entreprise, ainsi que leurs bénéficiaires, peuvent continuer à bénéficier du contrat frais de santé.

1ère année		Régime général		Régime Alsace-Moselle	
		Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Régime de Base conventionnelle	Ancien salarié	1,31 %	52,47 €	0,71 %	28,45 €
	Conjoint	1,36 %	54,47 €	0,74 %	29,64 €
	Enfant	0,77 %	30,84 €	0,41 %	16,42 €
Option 1	Ancien salarié	1,61 %	64,49 €	1,01 %	40,46 €
	Salarié / Conjoint	0,30 %	12,02 €	0,30 %	12,02 €
	Enfant	0,21 %	8,41 €	0,21 %	8,41 €
Option 2	Ancien salarié	1,98 %	79,30 €	1,38 %	55,27 €
	Conjoint	0,67 %	26,83 €	0,67 %	26,83 €
	Enfant	0,25 %	10,01 €	0,25 %	10,01 €

Cotisations exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Sa valeur est estimée à 4 005 € pour l'année 2026.

Conformément au décret du 21 mars 2017, les tarifs seront plafonnés comme suit :

- 1^{re} année : tarif des actifs
- 2^e année : tarif des actifs majoré de 25 %
- 3^e année : tarif des actifs majoré de 50 %

La bascule d'un plafond à l'autre s'effectuera à la date anniversaire d'adhésion de l'individu (sur des années glissantes).



Les actions de prévention et fonds de solidarité

Dans le cadre de votre régime frais de santé de branche et de son Degré Élevé de Solidarité (DES), l'ensemble des partenaires sociaux de votre profession souhaite mettre en œuvre des actions de prévention pour mieux protéger votre santé et celle de votre équipe.

2 % de votre cotisation sont affectés au Fonds de solidarité et permettent la mise en œuvre d'actions concrètes au profit des salariés affiliés.

Votre campagne de prévention des incivilités au sein des établissements de soins vétérinaires

Agressions verbales, injures, menaces, violences physiques ou encore propos diffamatoires sur les réseaux sociaux, en tant que professionnels des cabinets et cliniques vétérinaires vous pouvez être confrontés à des incivilités face aux exigences de la clientèle. C'est pourquoi une action nationale de prévention des incivilités est menée par votre profession dans le cadre de votre complémentaire santé auprès des salariés des cabinets vétérinaires.

Depuis 2019, les partenaires sociaux ont souhaité mettre en œuvre une campagne de prévention sur la thématique de la gestion des incivilités et des conflits entre les clients et les salariés des structures vétérinaires.

Cette campagne a pour objectif de lutter contre les incivilités et certaines situations difficiles que les salariés rencontrent dans le cadre de leur activité professionnelle. Une plateforme d'accompagnement et de soutien par téléphone a été mise en place pour répondre aux demandes des salariés.



AG2R LA MONDIALE

En cas d'agression ou d'incivilité, appelez votre plateforme de soutien dédiée

Campagne de prévention des incivilités au sein des cabinets, cliniques et centres hospitaliers vétérinaires.

0 800 730 893 Service à appel gratuits

snvel Cfdv CFECC ACVD

Une plateforme d'accompagnement dédiée

Dans le cadre de cette action, vous bénéficiez d'un accès entièrement pris en charge à une plateforme d'accompagnement et de soutien par téléphone, 24h/24 et 7j/7 en cas d'agression ou d'incivilité.

Contactez le numéro vert pour être mis en relation avec un psychologue.

0 800 730 893

Service à appel gratuits

La mise en relation téléphonique ne prend que quelques secondes, un psychologue est disponible même la nuit si nécessaire.

Ils sont tenus au secret professionnel et les consultations restent anonymes.

Types de situations possibles pouvant être prises en charge par la plateforme

- Agression physique (de la part d'un client)
- Insultes et incivilités (de la part d'un client)
- Relation facteur de stress : clients exigeants / constamment insatisfaits
- Relation difficile : clients impolis ou manquant de respect (retard, appels intempestifs)
- Relation facteur de stress : clients qui manquent de confiance
- Conflit de valeur

VIGIE-VETO : la santé des femmes

VIGIE VETO propose un dispositif d'accompagnement pour la santé des femmes

AG2R LA MONDIALE, organisme assureur de votre régime frais de santé, a été recommandé par l'ensemble des partenaires sociaux pour déployer une campagne de prévention dédiée à la santé des femmes, en partenariat avec My S Life.

Grâce à une application innovante, My S Life vous accompagne à chaque étape de votre vie : règles, fertilité, maternité, post-partum, pré-ménopause, ménopause ; ainsi que sur la santé reproductive et sexuelle, et les principales pathologies gynécologiques.

Un abonnement personnel et individuel d'un an à l'application My S Life est entièrement pris en charge par le fonds DES santé de la branche.

Plus de 500 contenus fiables, validés par des professionnels de santé ;
Un espace de discussion sécurisé et des groupes de parole sur des sujets clés (PMA, endométriose, sexualité, ménopause, etc.) ;
Une équipe de sages-femmes disponibles en ligne du lundi au vendredi, avec des réponses personnalisées sous 24h.



Retrouvez sur My S Life

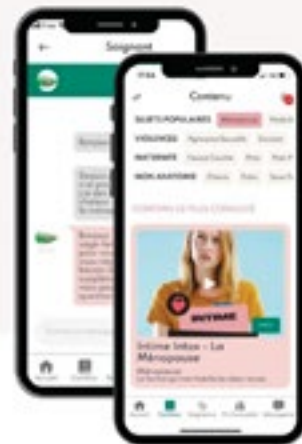
- Notre contenu exclusif audio, vidéo et écrit validé par des soignants
- Notre communauté de femmes
- Notre tchat en ligne avec des sages femmes

My S Life est référencée sur 

Utilisez ce QR code
pour accéder aux liens
de téléchargement
de l'application



<https://myslife.co/my-s-life-app-vigie-veto/>



Action sociale au titre du Fonds de solidarité

Les partenaires sociaux ont mis en place un fonds de solidarité pour les salariés des Cabinets et cliniques vétérinaires. Le fonds de solidarité est destiné à mettre en oeuvre, au profit exclusif des assurés, des actions collectives de prévention et/ou des actions individuelles en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

2 aides spécifiques pour le régime de santé ont été mises en place :

- Aide à la naissance et à l'adoption
- Aide aux dépenses de santé dans le cadre d'une situation exceptionnelle.

Aide à la naissance et à l'adoption

Nature de l'aide

Attribution d'une aide forfaitaire par enfant né et ce dans le cadre d'une naissance ou d'une adoption.

Bénéficiaire de l'aide

Le salarié.

Montant de l'aide

Attribution d'une aide financière de 800 € par enfant. Dans le cas de grossesses ou adoptions multiples, un forfait par enfant sera accordé.

Aide aux dépenses de santé dans le cadre d'une situation exceptionnelle

Nature de l'aide

Apporter une aide financière au salarié se trouvant dans une situation de fragilité en lien avec un reste à charge élevé de frais de santé remboursés par la Sécurité sociale et/ou le régime complémentaire, ainsi que pour les frais non remboursés par la Sécurité sociale.

Les demandes d'aide doivent porter sur des dépenses de frais de santé nécessaires et dont le coût dépasse les capacités financières du bénéficiaire.

La participation financière sur un reste à charge important de dépenses de santé ne pourra excéder le montant restant à charge.

Bénéficiaire de l'aide

Le salarié, et ses ayants droits affiliés au régime frais de santé.

Montant de l'aide

Attribution d'une aide financière égale à 85 % du reste à charge dans la limite d'une participation financière maximale de 1 500 €



Un soutien pour les moments importants de votre vie

Le Fonds de solidarité santé de la branche vétérinaire est là pour vous !



Présentation du programme

« Branchez-vous santé »

« Branchez-vous santé » est le programme de prévention destiné à toutes les entreprises et les salariés des branches professionnelles basé sur des enjeux de santé et de société majeurs tels que la santé bucco-dentaire, l'épuisement professionnel du chef d'entreprise de TPE-PME et les cancers et la prévention de leurs récurrences.

Il se compose également de 2 dispositifs de détection et d'accompagnement des risques en santé publique et en santé au travail ainsi qu'une démarche de prévention à destination des jeunes.

Grâce au programme

« Branchez-vous santé »

Vous bénéficiez de nouvelles garanties prévention pour vous accompagner à être acteur de votre santé et améliorer votre qualité de vie au quotidien dans le cadre de votre contrat santé et/ou prévoyance.

Vos garanties « Branchez-vous santé »

La santé bucco-dentaire

Un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie : en complémentarité avec les dispositifs existants ce parcours prévoit des examens de prévention à des âges clés : 35 ans et 55 ans.

Les cancers et la prévention des récurrences

L'amélioration de la prise en charge en cas de traitement du cancer par une technologie innovante permettant la reconstruction en 3D à partir de son image médicale en cas de traitement thérapeutique d'un cancer par une opération chirurgicale (sous prescription de votre médecin).

La lutte contre les récurrences par le programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement amotivationnel.

Un bilan personnel de prévention

L'accès à un bilan personnel de prévention en ligne avec le programme « En Quête De Vie » sur manger, bouger, dormir et respirer.



Nos services santé

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 :

- Garanties et taux de cotisation ;
- Notice d'information ;
- Textes officiels, ...

Et de télécharger les documents nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci :

- Bulletin d'affiliation ;
- Fiche de correspondance pour toutes mises à jour, ...

Adresse internet pour la CCN Cabinets & cliniques vétérinaires :

www.ag2ramondiale.fr/cabinets-cliniques-veterinaires

[Accueil](#) / [Conventions Collectives Nationales](#) / Cabinets cliniques vétérinaires

CCN Cabinets et cliniques vétérinaires : vos droits et garanties Santé Prévoyance

Brochure n° : 3282

Identifiant de Convention Collective (IDCC) : 1875

Aux côtés des salariés des cabinets et cliniques vétérinaires depuis 25 ans, l'offre de **garanties Frais de Santé et Prévoyance** d'AG2R LA MONDIALE vous permet de bénéficier des **avantages de la mutualisation**. Solide et vertueuse, la **mutualisation** consolide les objectifs de solidarité, d'égalité et de promotion de l'intérêt général.



Prévoyance Conventionnelle >

Découvrez vos garanties de prévoyance en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès.



Santé Conventionnelle >

Découvrez vos garanties santé, conformes à votre accord conventionnel et au 100% Santé.

Découvrez le service d'affiliation et radiation en ligne

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



Il vous suffira ensuite de suivre ces 5 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 à une option surcomplémentaire pour eux et leurs ayants droit.
- Consulter les tarifs des options et accéder aux détails de leurs garanties sélectionnées.

Comment bénéficier de ce service ?

Rendez-vous dans votre espace client AG2R LA MONDIALE.

Munissez-vous de votre identifiant et mot de passe.

Si vous n'avez pas encore créé celui-ci, rendez-vous sur l'espace client AG2R LA MONDIALE afin de créer votre compte.

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.



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

Le tiers payant

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition une carte de tiers payant qui vous 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... Votre carte de tiers payant est strictement personnelle et atteste à tout moment de votre appartenance à AG2R LA MONDIALE.

Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'éviter l'avance de frais, particulièrement pour les dépenses courantes ou certaines dépenses élevées, notamment l'hospitalisation, l'optique et le dentaire.

Comment fonctionne le tiers payant ?

Chez le pharmacien

Pour bénéficier du tiers payant sur les frais engagés, présentez à votre 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.

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, connectez-vous à votre espace client : www.ag2rlamondiale.fr

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 votre Carte Vitale et votre 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 votre charge (forfait hospitalier 20€/jour). L'établissement hospitalier ou vous-même devrez 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 ou fax 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

Vous présentez votre 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 votre 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.

La géolocalisation des professionnels de santé

Pour l'utiliser, il vous suffit de vous inscrire aux services en ligne – c'est gratuit et sans aucune obligation :

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/>

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.

C'est aussi l'assurance d'avoir une prise en charge de qualité, quels que soient le besoin et la garantie.

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⁾.

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).

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

Des services en ligne réservés à nos assurés

Gagnez du temps et profitez au mieux de votre complémentaire santé grâce aux services Internet AG2R LA MONDIALE :

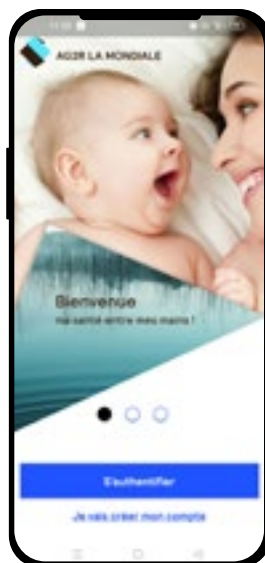
- Accédez à votre carte de tiers payant.
- Recevez vos décomptes par e-mail et suivez vos remboursements en ligne, en temps réel, en vous abonnant aux décomptes santé en ligne.
- Déposez une demande de remboursement de prestations santé en ligne
- Consultez votre tableau de garantie
- Téléchargez vos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

Pour créer votre espace client, rien de plus simple !

Depuis le site www.ag2rlamondiale.fr :

- Dirigez-vous vers l'[Espace Client](#).
- Cliquez sur « S'inscrire » puis sélectionnez votre profil et complétez vos données.
- Saisissez le numéro de contrat figurant sur votre carte de tiers payant ou votre certificat d'adhésion.
- Cliquez sur le lien présent dans l'email d'activation que vous recevrez à l'issue de votre inscription (vérifiez que celui-ci n'arrive pas dans vos courriers indésirables).

Pour bénéficier de tous ces services, connectez-vous sur www.ag2rlamondiale.fr pour accéder à votre espace client ou téléchargez l'application "Côté santé".



Votre e-carte de tiers payant à portée de main

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

Les avantages de la e-carte de tiers payant

- Un accès 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 votre carte de tiers payant*, vous recevrez par email une notification de mise à disposition.

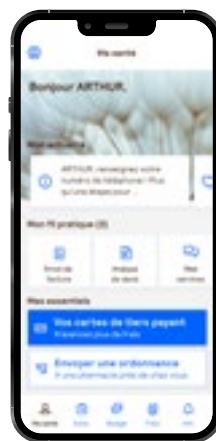
* Vous ne souhaitez pas bénéficier de cette e-carte, vous pouvez effectuer une demande ponctuelle d'édition

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

Étape 1 Connectez-vous en utilisant votre identifiant et votre mot de passe (identiques à votre espace client).

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

Étape 3 Cliquez sur le visuel carte de tiers payant pour la visualiser.



Comment utiliser votre e-carte de tiers payant ?

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

Comment lire votre 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											
AG2R LA MONDIALE Contact Adhérent : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 Roubaix cedex 1 www.ag2ramondiale.fr Service client 0 969 32 2000 (Appel non surtaxé)		ROC Nos Partenaires almerys itelis		Numéro AMC 00000000 Typ conv / CSR AL/C01 N°NNI 00000000000000 Téléchargée 00/00/0000				Période de validité 00/00/0000 au 00/00/0000 N° de carte 0000000000000000 N° de télétransmission ou DRE 00000000 R N° Adhérent 00000000							
BÉNÉFICIAIRE : NOM - PRÉNOM QUALITÉ : DATE DE NAISSANCE		GARANTIES OUVRANT DROIT À TIERS PAYANT (PART RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUSE) codes DRE/STS		CODIFICATION : VOIR AU DOS											
		N°	NNI	021	021	021	021	021	021	021	021	021	021	021	
		PHAR	MGS*	RAD*	AUX	BIO	TRA	SE*	SDENT	HOSP	PROD				
NOM PRENOM 0000000000	Assuré	00000000000000	Né(e) le 00/00/0000	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	
NOM PRENOM 0000000000	Ayant droit	00000000000000	Né(e) le 00/00/00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	

Informations réservées exclusivement aux professionnels de santé :

PEC optique, dentaire et hospi : www.almerys.com, Itelis OPT, AUD : www.itelis.fr. *Si respect du parcours de soins

CES TAUX S'APPLIQUENT À LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Vos demandes de prise en charge sont à effectuer sur le site Almerys. Les taux indiqués ne remettent pas en cause les garanties supérieures éventuellement souscrites mais concernent les modalités de tiers payant.

10 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](https://www.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



Notre offre de solutions

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

J'achète, je vends

Épargner et investir
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

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

Je suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

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.