



**AG2R
LA MONDIALE**

SANTÉ

Commerces de gros
de l'habillement, de la
mercerie, de la chaussure
et du jouet (Brochure
n°3148 - IDCC 500)



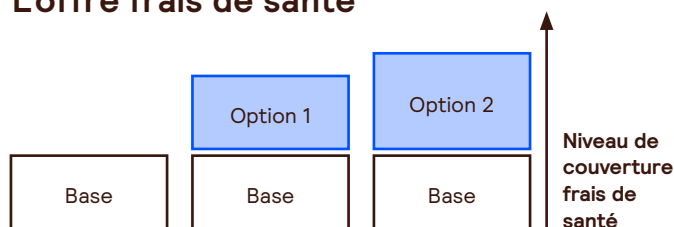
**Votre régime
frais de santé**

Votre régime frais de santé

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet ont signé le 23 février 2016 un accord portant création d'un régime complémentaire frais de santé.

Spécialiste de la protection sociale, AG2R Prévoyance assure et gère le régime de prévoyance et le régime frais de santé.

L'offre frais de santé



Le choix d'une option vous permettra d'améliorer la couverture « frais de santé » de vos salariés et donc leurs remboursements.

Avec le régime « Base » respectez vos obligations en toute simplicité

Nous vous proposons un régime frais de santé couvrant les dépenses essentielles telles que les consultations, l'hospitalisation ou la prise en charge des actes de chirurgie.

En plus de respecter vos obligations conventionnelles, ce régime est conforme aux dernières dispositions réglementaires (contrat responsable, panier de soins, réforme dite « 100 % Santé »...).

Couvrir sa famille

S'ils le souhaitent, vos salariés peuvent faire bénéficier leurs familles (conjoint et enfants) des mêmes garanties que celles dont ils disposent.

Avec les options, devenez plus attractif pour vos salariés

Vous pouvez améliorer le niveau de couverture de vos salariés en choisissant une des deux options surcomplémentaires mises à votre disposition.

Vous pouvez ainsi, en fonction de votre enveloppe budgétaire, permettre à vos salariés de bénéficier d'une couverture de santé renforcée.

Si vous choisissez de ne pas souscrire d'option surcomplémentaire, vos salariés peuvent le faire à titre individuel : les mêmes options sont à leur disposition.

Mise en place des contrats

Le contrat obligatoire et collectif conventionnel ne nécessite pas d'être encadré juridiquement dès lors que le contrat respecte les dispositions conventionnelles (y compris la répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié).

Néanmoins, il conviendra d'encadrer le régime juridiquement par une DUE :

- si les dispositions du régime mis en place sont supérieures au régime conventionnel ;
- si l'entreprise souscrit au régime conventionnel couplé avec un régime optionnel surcomplémentaire.

Le dispositif Loi Évin

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Évin » permet aux anciens salariés, aux futurs retraités et aux ayants droit de salariés décédés de bénéficier du maintien du régime complémentaire de remboursement de frais de santé dont ils bénéficiaient en tant qu'actifs. La nouvelle cotisation est alors à la charge intégrale de l'assuré.

Les points forts

Nos engagements

- Des conseillers experts pour vous accompagner dans la mise en place du contrat et de son suivi
- La gratuité dès le troisième enfant
- La possibilité de maintenir les garanties de frais de santé en cas de suspension du contrat de travail
- La création d'un régime spécial pour les anciens salariés

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

Grâce à nos nombreux partenaires, c'est tout un réseau de professionnels de santé qui permet de bénéficier de multiples avantages et de services préférentiels.

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

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



Pour plus d'informations

Consultez l'espace dédié à votre profession :

<https://www.ag2ramondiale.fr/entreprises/ccn/habillemer-mercerie-chaussure-jouet/sante>

Des services en ligne et sur mobile réservés à nos assurés

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

- Recevez vos décomptes par e-mail et suivez vos remboursements en ligne, en temps réel, en vous abonnant aux décomptes santé en ligne.
- Téléchargez vos devis optique et dentaire afin de connaître précisément le montant de votre prise en charge.
- Localisez les professionnels de santé proches de chez vous proposant le tiers payant.
- Retrouvez tous les liens utiles pour vous aider dans vos démarches administratives, vous guider dans la prévention santé ou choisir un établissement hospitalier...

Application « Ma Santé »

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

Pour bénéficier de tous ces services

Connectez-vous sur www.ag2ramondiale.fr

pour accéder à votre espace clients.

Téléchargez l'application « Ma Santé » :

www.ag2ramondiale.fr/services-en-ligne

Notre gestion simplifié

- Une prise en charge immédiate sans questionnaire médical dès la souscription de votre contrat
- Une gestion de qualité, avec des engagements de délais :
 - remboursement sous 48h (Noémie),
 - réponse à devis optique ou dentaire sous 3 jours,
 - prise en charge hospitalisation sous 24 h.
- L'affiliation des salariés par internet



Votre régime frais de santé

Les Niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. Les niveaux des « option 1 » et « option 2 » s'entendent en complément du régime de base. Les remboursements sont effectués pour les frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

		En complément de la Sécurité sociale et du régime de base	
Garanties	Base	Option 1	Option 2
Postes	Niveaux d'indemnisation		
Hospitalisation			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Frais de séjour	100 % de la BR	50 % de la BR	50 % de la BR
Forfait hospitalier	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			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	50 % de la BR	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	50 % de la BR	100 % de la BR
Chambre particulière	1% du PMSS par jour	1% du PMSS par jour	2 % du PMSS par jour
Transport			
Transport remboursé Sécurité sociale	100% de la BR		
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
– Généralistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	50 % de la BR	120 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	120 % de la BR	20 % de la BR	80 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	200% de la BR	50 % de la BR	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	120 % de la BR	20 % de la BR	80 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	50 % de la BR	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	120 % de la BR	20 % de la BR	80 % de la BR
– Actes d’imagerie médicale (ADI), actes d’échographie (ADE)			
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	50 % de la BR	150 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	120 % de la BR	20 % de la BR	80 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale			
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, podologue, nutritionniste/diététicien ⁽¹⁾	45€ par acte limité à 2 actes par année civile	50€ par séance, limité à 4 séances par année civile	50€ par séance, limité à 4 séances par année civile

Garanties	Base	En complément de la Sécurité sociale et du régime de base	
		Option 1	Option 2
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	150 % de la BR	50 % de la BR	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	150 % de la BR	50 % de la BR	100 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	50 % de la BR	100 % de la BR
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR		
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR		
Matériel médical 100 % Santé (*)			
Prothèses capillaires de Classe II (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		
Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) en Location de Courte Durée (LCD) (***)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		
Matériel médical hors 100 % Santé			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	130% de la BR dans la limite des PLV si prévus par la réglementation	50 % de la BR	130 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR		
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽³⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽⁴⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV		
Équipements libres ⁽⁵⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽⁴⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700€ RSS inclus au 01/01/2021)	520€	520€
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) ⁽⁴⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700€ RSS inclus au 01/01/2021)	300€	300€
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % de la BR		
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁶⁾			
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF		

(*) Tel que défini réglementairement.

(**) Dispositifs définis par la réglementation comprenant la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.

(***) La Location de Courte Durée (LCD) d'un VPH est limitée à trois mois, renouvelable une fois (ou selon les modalités prévues par la réglementation).

Garanties	Base	En complément de la Sécurité sociale et du régime de base	
		Option 1	Option 2
Prothèses			
Panier maîtrisé ⁽⁷⁾			
– Inlay, onlay	100 % de la BR dans la limite des HLF	100 % de la BR dans la limite des HLF	300 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	225 % de la BR dans la limite des HLF	50 % de la BR dans la limite des HLF	150 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	225 % de la BR dans la limite des HLF	50 % de la BR dans la limite des HLF	150 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽⁸⁾			
– Inlay, onlay	100 % de la BR	100 % de la BR	300 % de la BR
– Inlay core	225 % de la BR	50 % de la BR	150 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	225 % de la BR	50 % de la BR	150 % de la BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR	50 % de la BR	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale			
Orthodontie	225 % de la BR	50 % de la BR	150 % 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)	225 % de la BR (sur la base de l'implant dentaire accepté par Sécurité sociale HBLD418)	50 % de la BR (sur la base de l'implant dentaire accepté par la Sécurité sociale HBLD418)	150 % de la BR (sur la base de l'implant dentaire accepté par la Sécurité sociale HBLD418)
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	225 % de la BR	50 % de la BR	150 % de la BR
Optique			
Équipements 100 % Santé ⁽⁹⁾			
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV		
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV		
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV		
Supplément pour verres avec filtres (de Classe A ou B)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV		
Équipements libres ⁽¹¹⁾			
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽¹⁰⁾	100€		
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽¹⁰⁾	Voir grille optique ci-après	Voir grille optique	Voir grille optique

Garanties	Base	En complément de la Sécurité sociale et du régime de base	
		Option 1	Option 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		
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV		
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antipetosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR		
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR	Crédit de 100€ par année civile	Crédit de 300€ par année civile

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 ACO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie-chirurgie-Obstétrique.

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.

€ = Euro.

- (1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) 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).
- (5) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.
- (6) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) 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.
- (10) 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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.

- (11) 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.

Grilles optiques

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre ⁽²⁾		
			Base Adulte/Enfant	Option 1 Adulte/Enfant	Option 2 Adulte/Enfant
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	100€	+ 30€	+ 60€
		SPH < - 6 ou > + 6	150€	+ 50€	+ 130€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	100€	+ 30€	+ 60€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100€	+ 30€	+ 60€
		SPH > 0 et S > + 6	150€	+ 50€	+ 130€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150€	+ 50€	+ 130€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150€	+ 50€	+ 130€
Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	150€	+ 50€	+ 130€
		SPH < - 4 ou > + 4	150€	+ 50€	+ 130€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150€	+ 50€	+ 130€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150€	+ 50€	+ 130€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150€	+ 50€	+ 130€
		SPH > 0 et S > + 8	150€	+ 50€	+ 130€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	150€	+ 50€	+ 130€

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

(2) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, du régime complémentaire et du présent régime surcomplémentaire (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Autres frais

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Option 1	Option 2
Télésurveillance médicale remboursée S.S. (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR	-	-



Tarifs 2026

L'entreprise souscrit au régime conventionnel et/ou à une option pour ses salariés

Adhésion obligatoire pour le salarié au régime choisi par l'employeur

La cotisation totale doit être prise en charge à hauteur de 50 % minimum par l'employeur. La part du salarié est prélevée directement sur le salaire.

- L'employeur souscrit à la base conventionnelle

Base	PMSS ⁽¹⁾	Euros
Régime Général	1,44 %	57,67 €
Régime Alsace Moselle	0,84 %	33,64 €

- L'employeur décide de souscrire une option afin d'améliorer les garanties : le montant de l'option s'ajoute à celui de la base conventionnelle

Option 1		Option 2	
PMSS ⁽¹⁾	Euros	PMSS ⁽¹⁾	Euros
+ 0,34 %	+ 13,62 €	+ 0,77 %	+ 30,84 €

Le salarié décide d'améliorer ses garanties ou couvrir sa famille

Adhésion individuelle facultative en complément du régime de base

Les cotisations sont intégralement à la charge du salarié et sont prélevées sur le compte bancaire de ce dernier.

- Le salarié décide de souscrire à une option afin d'améliorer ses garanties

Option 1		Option 2	
PMSS ⁽¹⁾	Euros	PMSS ⁽¹⁾	Euros
+ 0,34 %	+ 13,62 €	+ 0,77 %	+ 30,84 €

- Le salarié souhaite couvrir ses ayants droit à la même hauteur de garantie que la sienne

		Base		Option 1		Option 2	
		PMSS ⁽¹⁾	Euros	PMSS ⁽¹⁾	Euros	PMSS ⁽¹⁾	Euros
Régime Général	Adulte	1,60 %	64,08 €	+ 0,34 %	+ 13,62 €	+ 0,77 %	+ 30,84 €
	Enfant ⁽²⁾	0,94 %	37,65 €	+ 0,09 %	+ 3,61 €	+ 0,24 %	+ 9,61 €
Régime Alsace Moselle	Adulte	0,94 %	37,65 €	+ 0,34 %	+ 13,62 €	+ 0,77 %	+ 30,84 €
	Enfant ⁽²⁾	0,56 %	22,43 €	+ 0,09 %	+ 3,61 €	+ 0,24 %	+ 9,61 €

Dispositif « Loi Évin » facultatif

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Évin » permet aux anciens salariés de bénéficier du maintien du régime complémentaire de remboursement de frais de santé dont ils bénéficiaient en tant qu'actifs dans le cadre d'un contrat collectif mis en place à titre obligatoire par leur employeur.

		Base		Option 1		Option 2	
		PMSS ⁽¹⁾	Euros	PMSS ⁽¹⁾	Euros	PMSS ⁽¹⁾	Euros
Régime Général	Ancien salarié	1,44 %	57,67 €	0,34 %	+ 13,62 €	0,77 %	+ 30,84 €
	Adulte	1,97 %	78,90 €	0,44 %	+ 17,62 €	0,99 %	+ 39,65 €
	Enfant ⁽²⁾	0,94 %	37,65 €	0,09 %	+ 3,60 €	0,25 %	+ 10,01 €
Régime Alsace Moselle	Ancien salarié	0,84 %	33,64 €	0,34 %	+ 13,62 €	0,77 %	+ 30,84 €
	Adulte	1,16 %	46,46 €	0,44 %	+ 17,62 €	0,99 %	+ 39,65 €
	Enfant ⁽²⁾	0,56 %	22,43 €	0,09 %	+ 3,60 €	0,25 %	+ 10,01 €

(1) PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 4 005 € au 1^{er} janvier 2026.

N.B. : Ces tarifs sont TTC incluant la TSA (Taxe de solidarité additionnelle). Les cotisations étant exprimées en pourcentage de 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.

(2) Gratuité au troisième enfant

Programme de Prévention

« Branchez-vous santé »

En accord avec les partenaires sociaux de votre branche professionnelle, vous bénéficiez de nouvelles garanties prévention par le 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.

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 **#parcoursINM** : 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.

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

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

www.ag2rlamondiale.fr

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

AG2R LA MONDIALE

14-16, boulevard Malesherbes
75379 PARIS CEDEX 08
www.ag2rlamondiale.fr

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.