



AG2R LA MONDIALE

Épargne
Retraite
Santé
Prévoyance

Votre régime frais de santé

Établissements privés d'hospitalisation, de soins,
de cure et de garde à but non lucratif

Votre régime frais de santé

Les partenaires sociaux représentatifs de votre branche ont négocié un accord instaurant un régime frais de santé dédié à votre profession, avec des garanties minimum définies.

AG2R LA MONDIALE, forte de sa bonne connaissance de votre secteur d'activité, a souhaité mettre à votre disposition une offre santé.

Cette offre se compose d'une couverture obligatoire de « Base » et de deux options facultatives.

Le régime « base »

Nous vous proposons un régime couvrant les dépenses essentielles de frais de santé (consultations, actes de chirurgie...), allant au-delà des minima de votre accord sur certaines garanties. Il vous permet de répondre à l'obligation de proposer à l'ensemble des salariés une couverture santé minimum respectant les critères du « panier de soins » et ceux du contrat solidaire et responsable.

Bénéficiaires

L'ensemble des salariés bénéficie automatiquement de cette couverture dès la prise d'effet du contrat d'adhésion* sans questionnaire médical et quels que soient la nature du contrat de travail et le nombre d'heures effectuées.

* Certains salariés pourront bénéficier, à leur demande, d'une dispense d'affiliation sans pour autant remettre en cause le caractère obligatoire du contrat

Formalités de souscription

Le contrat doit être mis en place par un acte fondateur : DUE, accord d'entreprise ou référendum (article L.911-1 CSS).

Vos régimes facultatifs

Les options

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.

Les ayants droit

Vos salariés pourront, à titre individuel, étendre leur régime frais de santé à leur famille, la faisant ainsi bénéficier des mêmes garanties.

Le dispositif Loi Evin

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 de l'ancien salarié.

Nota : Ces garanties sont maintenues gratuitement aux ayants droit des salariés décédés pendant un an.

En mettant en place des remboursements complémentaires à ceux du régime de base, vous :

- motivez et fidélisez vos collaborateurs ;
- optimisez et dynamisez votre politique sociale, dans un cadre social et fiscal avantageux* ;
- sécurisez et protégez vos salariés et leur famille.

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

Les garanties du régime de base et des options facultatives

Le régime de base est obligatoire pour les salariés et facultatif pour les ayants droit. Les niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. Les niveaux d'indemnisation des options s'entendent y compris les garanties du régime de Base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

Abréviations :

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

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

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

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité 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

Hospitalisation

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité						
Frais de séjour	100 % BR		200 % BR	100 % BR	300 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur		100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur		100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésies (ADA), Autres honoraires Médecins adhérent au DPTM Médecins non adhérent au DPTM	100 % BR 100 % BR		220 % BR 200 % BR	100 % BR 100 % BR	300 % BR 200 % BR	100 % BR 100 % BR
Chambre particulière	1,25 % PMSS par jour		3,25 % PMSS par jour		4,25 % PMSS par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	-		1,5 % PMSS par jour		3 % PMSS par jour	

Transport

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.
Transport remboursé SS	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

Soins courants

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.
Honoraires médicaux remboursés SS						
Généraliste (Consultation et visite)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Médecins adhérent au DPTM	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Médecins non adhérent au DPTM						
Spécialiste (Consultation et visite)	100 % BR		200 % BR		220 % BR	
Médecins adhérent au DPTM	100 % BR		180 % BR		200 % BR	
Médecins non adhérent au DPTM						
Actes de chirurgie (ADC)						
Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR		170 % BR		170 % BR	
Médecins adhérent au DPTM	100 % BR		150 % BR		150 % BR	
Médecins non adhérent au DPTM						
Actes d'imagerie médicale (ADI)						
Actes d'échographie (ADE)	100 % BR		145 % BR		170 % BR	
Médecins adhérent au DPTM	100 % BR		125 % BR		150 % BR	
Médecins non adhérent au DPTM						
Honoraires paramédicaux						
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire						
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Médicaments						
Médicaments remboursés SS	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments)						
Pharmacie remboursée SS	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Matériel médical						
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR		200 % BR		200 % BR	
Achat véhicule pour personne handicapée	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Actes de prévention remboursés SS						
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

Aides auditives

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾						
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV ⁽³⁾		RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV ⁽³⁾		RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)						
Équipements Libres ⁽⁴⁾						
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR ⁽³⁾		100 % BR + 617 € ⁽³⁾		100 % BR + 1300 € ⁽³⁾	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR ⁽³⁾		100 % BR + 300 € ⁽³⁾		100 % BR + 300 € ⁽³⁾	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽¹⁾	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

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

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

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

(4) Équipements de classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives dans

l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre des régimes Base + Option 1 et Base + Option 2 s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire.

Dentaire

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾						
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF		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 ⁽²⁾						
Inlay, onlay	125 % BR dans la limite des HLF		125 % BR dans la limite des HLF		125 % BR dans la limite des HLF	
Inlay, core	125 % BR dans la limite des HLF		150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾		200 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires ⁽⁴⁾						
- dents du sourire (incisive, canine, prémolaire)	200 % BR dans la limite des HLF		325 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾		450 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	
- dents de fonds de bouche (molaire)			250 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾		350 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	
Panier libre ⁽⁵⁾						
Inlay, onlay	125 % BR		125 % BR		125 % BR	
Inlay, core	125 % BR		150 % BR		200 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires ⁽⁴⁾						
- dents du sourire (incisive, canine, prémolaire)	200 % BR		325 % BR		450 % BR	
- dents de fonds de bouche (molaire)			250 % BR		350 % BR	
Soins						
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS						
Orthodontie remboursée SS	125 % BR		300 % BR		350 % 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 7 % PMSS par année civile		Crédit de 10 % PMSS par année civile	
Parodontologie	-		-		Crédit de 1500 € par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	-		Crédit de 22 % PMSS par année civile		Crédit de 25 % PMSS par année civile	
Orthodontie	-		250 % BR		250 % BR	

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

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

(3) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base souscrit au contrat et le présent régime (ainsi que

le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(4) dans la limite de 500€ par année civile (au delà, garantie à 125 % BR). Dans la limite de 3 prothèses par année civile pour les régimes base + option 1 et base + option 2.

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

Optique

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾						
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du	
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans ⁽²⁾	bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Verre de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du	
Verre de classe A : Enfant - de 16 ans ⁽²⁾	bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du	
	bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtre de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du		RSS + 100 % des frais restant à charge du	
	bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV		bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.
Équipements libres ⁽³⁾						
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	80 €		100 €		100 €	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans ⁽²⁾	70 €		90 €		100 €	
Verre de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres		+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres		+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verre de classe B : Enfant - de 16 ans ⁽²⁾						
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B						
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV		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 antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 50€ par année civile (avec un minimum de 100% BR pour les lentilles acceptées par la SS)		Crédit de 105 € par année civile (avec un minimum de 100 % BR pour les lentilles acceptées par la SS)		Crédit de 230 € par année civile (avec un minimum de 100 % BR pour les lentilles acceptées par la SS)	
Lentilles refusées par la SS (y compris jetables)			Crédit de 105 € par année civile		Crédit de 230 € par année civile	
Lentilles Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-		Crédit de 22 % du PMSS par année civile		Crédit de 25 % du PMSS par année civile	

(1) 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.

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) 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.

Base : Grille optique «verres de classe B»

Verres unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Code de regroupement	Verres Simples Complexes Très complexes	Montant en € par verre ⁽²⁾ (RSS inclus)	
					Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	VU1	Simple	65 €	50 €
		SPH < - 6 ou > + 6	VU4	Complexes	80 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	VU2	Simple	70 €	60 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	VU3	Simple	75 €	60 €
		SPH > 0 et S > + 6	VU7	Complexes	100 €	80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	VU6	Complexes	90 €	75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	VU5	Complexes	90 €	75 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	VM1	Complexes	80 €	80 €
		SPH < - 4 ou > + 4	VM4	Très complexes	100 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	VM2	Complexes	100 €	90 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	VM3	Complexes	100 €	90 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≥ + 4	VM5	Très complexes	100 €	100 €
		SPH > 0 et S > + 8	VM7	Très complexes	110 €	110 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	VM6	Très complexes	110 €	110 €

Base + Option 1: Grille optique «verres de classe B»

Verres unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Code de regroupement	Verres Simples Complexes Très complexes	Montant en € par verre ⁽²⁾ (RSS inclus)	
					Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	VU1	Simple	75 €	55 €
		SPH < - 6 ou > + 6	VU4	Complexes	110 €	85 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	VU2	Simple	85 €	65 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	VU3	Simple	100 €	60 €
		SPH > 0 et S > + 6	VU7	Complexes	150 €	125 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	VU6	Complexes	135 €	105 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	VU5	Complexes	135 €	105 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	VM1	Complexes	160 €	115 €
		SPH < - 4 ou > + 4	VM4	Très complexes	180 €	145 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	VM2	Complexes	175 €	135 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	VM3	Complexes	175 €	135 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≥ + 4	VM5	Très complexes	180 €	145 €
		SPH > 0 et S > + 8	VM7	Très complexes	200 €	165 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	VM6	Très complexes	200 €	165 €

Base + Option 2 : Grille optique «verres de classe B»

Verres unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Code de regroupement	Verres Simples Complexes Très complexes	Montant en € par verre ⁽²⁾ (RSS inclus)	
					Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	VU1	Simple	90 €	60 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	VU4	Complexes	120 €	90 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	VU2	Simple	100 €	70 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	VU3	Simple	110 €	65 €
		SPH > 0 et S > + 6	VU7	Complexes	160 €	130 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	VU6	Complexes	140 €	110 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	VU5	Complexes	140 €	110 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	VM1	Complexes	180 €	120 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	VM4	Très complexes	210 €	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	VM2	Complexes	200 €	140 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	VM3	Complexes	200 €	140 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≥ + 4	VM5	Très complexes	210 €	150 €
		SPH > 0 et S > + 8	VM7	Très complexes	230 €	170 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	VM6	Très complexes	230 €	170 €

(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, par le régime complémentaire de base souscrit au contrat et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Autres frais

Nature des frais	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.	Conv.	Non conv.

Cure thermique remboursée SS

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

Médecines hors nomenclature

Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, diététicien, psychologue et psychomotricien pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	-	25 € par acte limité à 3 actes par année civile	25 € par acte limité à 4 actes par année civile
---	---	---	---

Les points forts de notre offre santé

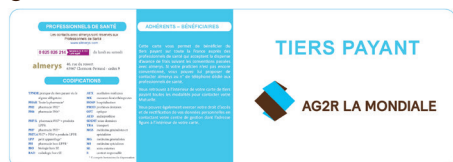
Nos engagements

- des conseillers experts pour vous accompagner dans la mise en place du contrat et de son suivi
- 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.

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.

Notre gestion simplifiée

- 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 48 h (Noémie),
 - réponse à devis optique ou dentaire sous 3 jours,
 - prise en charge hospitalisation sous 24 h.

Primadom

Un service téléphonique gratuit d'accompagnement à la personne.

Les conseillers Primadom informent, orientent et accompagnent les demandeurs dans leurs démarches quotidiennes (aides financières, hébergement, démarches administratives, questions juridiques, services d'aide à la vie quotidienne).

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

Pour plus d'information

Vous pouvez consulter notre site :

<http://www.ag2ramondiale.fr/fehapp>

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

La Mondiale - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation - Entreprise régie par le Code des assurances - Membre d'AG2R LA MONDIALE, 32, avenue Émile Zola 59370 MONS-EN-BARCEUL - 775 625 635 RCS Lille Métropole. Distributeur.

S.A. UDIFE « Le Choix Funéraire » - S.A. au capital de 91195 € - RCS Saint-Malo 384 721 619
Habilitation n° 12.22.1106 - Siège social : ZA Beau Séjour 22490 PLESLIN TRIGAVOU. Prestataire funéraire.

