



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Prévoyance
Santé



À compter du 1^{er} janvier 2026

Les régimes frais de santé et prévoyance des salariés

Convention collective des organismes
de formation (IDCC 1516 – Brochure n°3249)

Sommaire

3	Édito
5	Nos conseillers à votre écoute
7	La santé
8	Garanties santé
15	Cotisations frais de santé
17	Détail de votre garantie assistance
21	La prévoyance
22	Les garanties prévoyance
24	Cotisations prévoyance
25	Les garanties maintien de salaire
26	Fonds social
28	Des guides pour les salariés
29	Des guides pour les employeurs

Des questions
sur votre santé
ou votre prévoyance ?
Retrouvez nos
guides salariés
et employeurs en
pages 28 et 29

Édito

Soucieux d'apporter la meilleure protection sociale à ses salariés, les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des organismes de formation ont confié à AG2R LA MONDIALE la gestion du régime conventionnel de prévoyance et de santé de ses salariés.

Ce régime prévoit des garanties pour :

- protéger et préserver l'avenir de la famille en cas de décès d'un salarié (sous forme d'un capital, d'une rente d'éducation et d'une rente handicap).
- compenser la perte de salaire d'un salarié en cas d'interruption de son activité professionnelle pour maladie ou accident de travail sous forme d'indemnités journalières complémentaire à la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- compenser la perte de salaire en cas de réduction de la capacité de travail sous la forme de rentes complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale.
- compléter les remboursements de frais de soins de santé du régime de Sécurité sociale.



Retrouvez toutes les informations relatives au régime de protection sociale (documents contractuels, documents de gestion...) sur le site internet

<https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-organismes-de-formation>



AG2R en chiffres

110 agences

15 millions d'assurés

Plus de
500 000 entreprises
clientes soit 1 sur 4
en France

Près de 110 accords
de branche



Nos conseillers à votre écoute

Vous accueillir et vous faciliter l'accès à nos services

**Une démarche à effectuer ?
Une question concernant
votre dossier ? Nos conseillers
sont à votre écoute.**

Numéro dédié aux salariés

0 969 322 000 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 8h à 19h, le samedi de 8h à 18h.

Pour toute question relative à l'aide sociale :

0 969 361 043 (prix d'un appel local).

Par Internet

<https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-organismes-de-formation>

Numéro dédié aux entreprises

0 972 672 222 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 8h à 19h, le samedi de 8h à 18h.

L'application mobile « Service client »

Téléchargez notre application « Service client », profitez d'un service de relation client mobile et découvrez :

- les réponses aux questions les plus fréquemment posées ;
- les numéros de téléphone des différents services ;
- la disponibilité des centres de relation client pour vous éviter de patienter en ligne trop longtemps.

Profitez également de notre service « Appel ZEN » qui vous permet d'être rappelé rapidement par un conseiller AG2R LA MONDIALE.



La santé

Garanties santé

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris sous déduction des 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 son remboursement
DPTM (Dispositif 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 limite 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 l'application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

Hospitalisation

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation		
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier / Forfait patient urgence		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Honoraires				
Actes de chirurgie	- Adhérents DPTM	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Actes d'anesthésie				
Actes techniques médicaux	- Non adhérents DPTM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Autres honoraires				
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Chambre particulière avec nuitée		30 € / jour (max 10 jours / année civile)	60 € / jour (max 10 jours / année civile)	90 € / jour (max 10 jours / année civile)
Chambre particulière en ambulatoire		15 € / jour	30 € / jour	45 € / jour
Lit accompagnant		15 € / jour (max 10 jours / année civile)	30 € / jour (max 10 jours / année civile)	45 € / jour (max 10 jours / année civile)

Transport

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation		
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Transport remboursé Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR

Soins courants

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation		
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires médicaux				
Généralistes (Consultations et visites)	- Adhérents DPTM	150 % BR	150 % BR	250 % BR
	- Non adhérents DPTM	130 % BR	130 % BR	200 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	- Adhérents DPTM	250 % BR	250 % BR	250 % BR
	- Non adhérents DPTM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	- Adhérents DPTM	150 % BR	150 % BR	250 % BR
	- Non adhérents DPTM	130 % BR	130 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	- Adhérents DPTM	150 % BR	150 % BR	250 % BR
	- Non adhérents DPTM	130 % BR	130 % BR	200 % BR
Sages-femmes		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie				
Médicaments remboursés Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie hors médicaments remboursée Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits et non remboursés Sécurité sociale	-		75 € par année civile	75 € par année civile
Contraceptif		100 € par année civile	150 € par année civile	200 € par année civile
Matériel médical				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		100 % BR	150 % BR	150 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		

Autres actes

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation		
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Cures thermales remboursées Sécurité sociale				
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale et définis par la réglementation		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Télésurveillance médicale remboursée Ss (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)		100 % BR	100 % BR	100 % BR

Médecine douce

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) / Psychologue hors dispositif " mon soutien psy "	40 € / séance (Max. 4 / année civile)	40 € / séance (Max. 8 / année civile)	40 € / séance (Max. 10 / année civile)
Psychomotricien non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	100 % FR pour le bilan + 15 € / séance	100 % FR pour le bilan + 15 € / séance
Dispositif " Mon soutien psy "	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾			
Aides auditives personnes >= 20 ans	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 personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20° après correction)	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⁾
Équipements libres ⁽⁴⁾			
Aides auditives personnes >= 20 ans	400 € / prothèse ⁽³⁾	800 € / prothèse ⁽³⁾	1 700 € / prothèse ⁽³⁾
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20° après correction)	1 400 € / prothèse ⁽³⁾	1 700 € / prothèse ⁽³⁾	1 700 € / prothèse ⁽³⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement. Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(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) 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 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 € / aide auditive, remboursement Sécurité sociale inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses			
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾			
Inlay core	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Panier maîtrisé⁽²⁾			
Inlay, onlay	175 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	250 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Inlay core	150 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	175 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	325 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Panier libre⁽³⁾			
Inlay, onlay	175 % BR	250 % BR	300 % BR
Inlay core	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275 % BR	325 % BR	400 % BR
Autres actes dentaires			
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Implants dentaires (hors pilier, hors scanner)	300 € / implant (max 2 / année civile)	500 € / implant (max 2 / année civile)	850 € / implant (max 2 / année civile)
Parodontologie remboursée Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non remboursée Sécurité sociale	60 € / année civile	150 € / année civile	300 € / année civile

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

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

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

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

Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾			
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 verres) ⁽²⁾			
Bénéficiaire de moins 16 ans (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			
Équipements libres⁽³⁾			
Équipement simple (monture + 2 verres simples de classe B) ⁽²⁾	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	250 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	300 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement complexe (monture + 2 verres complexes de classe B) ⁽²⁾	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	350 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	450 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement très complexe (monture + 2 verres très complexe de classe B) ⁽²⁾	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	450 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	600 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
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'opticienlunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	100 % FR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticienlunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	100 % FR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	100 % FR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres prestations			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + 60 € / année civile ⁽⁵⁾	100 % BR + 60 € / année civile ⁽⁵⁾	100 % BR + 60 € / année civile ⁽⁵⁾
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	60 € / année civile ⁽⁵⁾	60 € / année civile ⁽⁵⁾	60 € / année civile ⁽⁵⁾
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 € / œil / année civile	450 € / œil / année civile	900 € / œil / année civile

- (1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
- Panachage des verres et monture un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.
- La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de classe A (hors remboursement Sécurité sociale pour la monture de classe B ;
 - du coût de la monture de classe A (hors remboursement Sécurité sociale), pour les verres de classe B.
- (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 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 cidessus) 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'oeil 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'oeil 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) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
 - du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.
- (4) Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (5) Le crédit de 60 € par année civile s'apprécie au global pour les lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (et non séparément).

Grille optique « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Qualification par verre
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple
		SPH < - 6 ou > + 6	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple
		SPH > 0 et s ≤ + 6	Simple
		SPH > 0 et s > + 6	Complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe
	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe
		SPH < - 4 ou > + 4	Très complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe
		SPH > 0 et s ≤ + 8	Complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexe
		SPH > 0 et s > + 8	Très complexe
Progressifs et multifocaux	Sphéro cylindriques	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexe

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

Prestations au titre du degré élevé de solidarité *

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3

Versement d'une somme forfaitaire de 250 € par an aux salariés en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage, destinée notamment à financer la part salariale de la cotisation santé pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise. Ce montant est proratisé en fonction du nombre de mois effectivement travaillés par l'alternant.

Versement d'une aide financière post-hospitalisation pour les salariés hospitalisés au moins 3 jours et dont le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts, est inférieur ou égal à 21 000 €. Le montant de l'aide est fixé à 300 € avec une majoration de 200 € pour une famille monoparentale.

Prise en charge, sans avance de frais, d'un service en ligne de 2e avis médical dans la limite des frais réels plafonnée à 300 € pour une affection de longue durée définie à l'article D.322-1 du Code la sécurité sociale. Pour bénéficier de cette prise en charge, le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts doit être inférieur ou égal à 21 000 €.

Octroi d'aides financières exceptionnelles (aides et secours individuels lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie).

* Prestation non contributive, versée dans la limite du fonds DES disponible.



Cotisations frais de santé

Régime obligatoire : ensemble du personnel

Le régime obligatoire est choisi par l'entreprise qui doit choisir entre le niveau 1, le niveau 2 ou le niveau 3.

| Les cotisations sont exprimées en % du PMSS.

Salarié	Régime général	Régime local – Alsace Moselle
Niveau 1	1,49 % – 59,67 €	0,82 % – 32,84 €
Niveau 2	1,85 % – 74,09 €	1,13 % – 45,26 €
Niveau 3	2,22 % – 88,91 €	1,43 % – 57,27 €

Garanties facultatives au choix du salarié

Le salarié a la possibilité de demander :

- L'extension de son régime frais de santé obligatoire à ses ayants droit
- L'amélioration de son régime frais de santé de base et celui de ses ayants droit en choisissant une option facultative.

| La cotisation enfant est gratuite à partir du 3^e enfant.

Si l'entreprise a choisi le régime obligatoire niveau 1 :	Régime général			Régime local – Alsace Moselle		
		Conjoint	Enfants		Conjoint	Enfants
Extension du régime de base niveau 1 aux ayants droit		1,64 % 65,68 €	0,90 % 36,05 €		0,90 % 36,05 €	0,49 % 19,62 €
Vous pouvez choisir une option facultative entre :	Salarié	Conjoint	Enfants	Salarié	Conjoint	Enfants
Niveau 2	+ 0,46 % 18,42 €	+ 0,51 % 20,43 €	+ 0,28 % 11,21 €	+ 0,39 % 15,62 €	+ 0,43 % 17,22 €	+ 0,24 % 9,61 €
Niveau 3	+ 0,95 % 38,05 €	+ 1,05 % 42,05 €	+ 0,57 % 22,83 €	+ 0,81 % 32,44 €	+ 0,89 % 35,64 €	+ 0,49 % 19,62 €

Si l'entreprise a choisi le régime obligatoire niveau 2 :	Régime général			Régime local – Alsace Moselle		
		Conjoint	Enfants		Conjoint	Enfants
Extension du régime de base niveau 2 aux ayants droit		2,04 % 81,70 €	1,11 % 44,46 €		1,24 % 49,66 €	0,68 % 27,23 €
Vous pouvez choisir l'option facultative :	Salarié	Conjoint	Enfants	Salarié	Conjoint	Enfants
Niveau 3	+ 0,49 % 19,62 €	+ 0,54 % 21,63 €	+ 0,29 % 11,61 €	+ 0,42 % 16,82 €	+ 0,46 % 18,42 €	+ 0,25 % 10,01 €

Si l'entreprise a choisi le régime obligatoire niveau 3 :	Régime général			Régime local – Alsace Moselle		
		Conjoint	Enfants		Conjoint	Enfants
Extension du régime de base niveau 3 aux ayants droit		2,44 % 97,72 €	1,33 % 53,27 €		1,58 % 63,28 €	0,86 % 34,44 €

Exemple

- Si l'employeur a souscrit à la garantie obligatoire niveau 1, le salarié peut souscrire l'option de niveau 2 ou l'option de niveau 3. Il devra alors payer la cotisation supplémentaire optionnelle.
-
- Si l'employeur a souscrit à la garantie obligatoire niveau 1, le salarié peut faire bénéficier sa famille du régime niveau 1 en payant la cotisation pour son conjoint et pour son enfant.

La cotisation optionnelle est prélevée sur le compte bancaire de l'assuré.

Pour rappel Le PMSS (plafond mensuel de sécurité sociale) 2026 est fixé à 4 005 €.

Tarifs loi Évin :

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



Détail de votre garantie assistance

Résumé des prestations et prises en charge

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Informations – Conseils		
Conseil santé	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription, pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone uniquement. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de cette prestation restent à la charge du bénéficiaire.
Accompagnement des bénéficiaires et de leurs proches		
Admission à l'hôpital		
Recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier	Réservation sans prise en charge	Dans un rayon de 100 km maximum autour du domicile. uniquement sur prescription médicale.
Transport du bénéficiaire à l'hôpital et retour au domicile	Coût du transport aller/retour	Dans un rayon de 50 km maximum autour du domicile. uniquement sur prescription médicale. La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
Information à la famille	Illimité	
Pendant l'hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs		
Transfert d'un proche au chevet du bénéficiaire hospitalisé	- Coût du transport aller/retour - Frais d'hébergement : 45 € TTC par nuit dans la limite de 2 nuits	La durée prévisible de l'hospitalisation est de plus de 2 jours consécutifs. La prestation est prise en charge 1 fois par hospitalisation.
Remboursement des frais de location de télévision à l'hôpital	75 € TTC maximum	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance. Hospitalisation d'une durée supérieure à 2 jours consécutifs. La prestation est prise en charge 1 fois par hospitalisation.
Garde au domicile des enfants ou transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire ou transfert des enfants au domicile d'un proche	- Garde des enfants dans la limite de 24 heures ou - coût du transport aller et retour	Hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs. La prestation est prise en charge 1 fois par hospitalisation.
Veille sur les ascendants dépendants à charge	24 heures maximum	Hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs. La prestation est prise en charge 1 fois par hospitalisation.
Garde des animaux de compagnie	- Par un professionnel : 230 € TTC maximum ou - Par un proche : coût du transport dans un rayon maximum de 100 km autour du lieu où se trouve l'animal	Hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs. La prestation est prise en charge 1 fois par hospitalisation.

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Aide à domicile à la sortie de l'hôpital		
Aide à domicile : auxiliaire de vie, travailleuse familiale, aide-ménagère	- Dans la limite de 15 heures réparties sur 3 semaines - En cas de chimiothérapie ambulatoire, dans la limite de 30 heures par année civile	La prestation est prise en charge 1 fois par hospitalisation.
Veille sur les ascendants dépendants à charge	24 heures maximum	La prestation est prise en charge 1 fois par période d'hospitalisation.
Livraison en urgence de médicaments	Coût réel de la livraison	-
Livraison de repas à domicile	Organisation ou mise en relation avec un prestataire sans prise en charge	-
Garde des animaux de compagnie	- Par un professionnel : 230 € TTC maximum ou - Par un proche : coût du transport dans un rayon maximum de 100 km autour du lieu où se trouve l'animal	La prestation est prise en charge 1 fois par période d'hospitalisation.
Coiffeur à domicile	45 € TTC maximum	La prestation est prise en charge 1 fois par hospitalisation.
Téléassistance ponctuelle	Coût du service pour une durée de 6 mois	Suite à une hospitalisation de plus de 15 jours.
Recherche d'un médecin	Communication des coordonnées sans prise en charge	-
Recherche d'une infirmière	Communication des coordonnées sans prise en charge	Uniquement sur prescription médicale.
Aide pédagogique de l'enfant	15 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.
Garde au domicile des enfants ou transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire	- Garde des enfants dans la limite de 24 heures ou - coût du transport aller et retour	Transport limité à 3 allers-retours par année civile.
Prestations de suivi		
Bilan de vie Accompagnement social	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	-
Déplacement pour examens ou analyses	500 € TTC maximum pour le transport aller et retour	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance. La prestation est limitée à 1 fois par année civile.

Pour toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations, la demande doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de AG2R Prévoyance par téléphone : 01 40 25 51 83 accessible 24h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le numéro du protocole 921 805,
- le nom et le numéro de contrat souscrit auprès d'AG2R Prévoyance,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

Vous trouverez
le descriptif complet
des garanties assistance,
dans la notice d'information
spécifique sur le site
www.ag2ramondiale.fr





La prévoyance

Les garanties prévoyance

Garanties	Ensemble du personnel
Décès	
Décès du participant (toutes causes)	300 % du salaire de référence + 90 % du capital décès pour personnes à charge
Majoration du capital décès toute cause en cas de décès du participant suite à un accident de trajet, un accident du travail ou une maladie professionnelle	600 % du salaire de référence + 90 % du capital décès pour personnes à charge
Décès toute cause du conjoint non participant simultané ou postérieur, ayant une ou plusieurs personnes à charge	600 % du salaire de référence du participant + 30 % du capital décès pour personnes à charge
Frais d'obsèques	
Décès du salarié ou du conjoint	100 % PMSS dans la limite des frais engagés
Décès d'une personne à charge	50 % PMSS dans la limite des frais engagés
Invalidité totale et définitive	
Invalidité totale et définitive	100 % du capital décès toutes causes hors majoration pour personne à charge
Rente éducation	
Jusqu'au 6 ^e anniversaire	9 % du salaire de référence
De 6 ans au 16 ^e anniversaire	12 % du salaire de référence
De 16 ans au 25 ^e anniversaire	15 % du salaire de référence
Incapacité temporaire de travail	
Franchise	En relais et en complément du maintien de salaire employeur ou à compter du 4 ^e jour (en cas de maladie ou d'accident) ou du 1 ^{er} jour (accident du travail ou maladie professionnelle) pour les salariés ne bénéficiant pas d'un maintien de salaire employeur
Prestation	83 % du salaire de référence
Invalidité permanente	
1 ^{re} catégorie	83 % du salaire de référence
2 ^e et 3 ^e catégorie	83 % du salaire de référence
Incapacité permanente de travail	
Taux d'incapacité compris entre 33 et 65 %	83 % du salaire de référence
Taux d'incapacité supérieur à 65 %	83 % du salaire de référence

Cotisations prévoyance

Cadres (personnel bénéficiaire de l'article 2 ANI du 17 novembre 2017)

Garanties	T1			T2		
	Tarif employeur	Tarif salarié	Total	Tarif employeur	Tarif salarié	Total
Décès toutes causes	0,635 %	0,000 %	0,635 %	0,250 %	0,250 %	0,500 %
Décès accidentel	0,072 %	0,000 %	0,072 %	0,028 %	0,028 %	0,056 %
Double effet	0,060 %	0,000 %	0,060 %	0,023 %	0,023 %	0,046 %
Rente éducation	0,128 %	0,000 %	0,128 %	0,064 %	0,064 %	0,128 %
Incapacité de travail	0,000 %	0,2975 %	0,2975 %	0,000 %	0,520 %	0,520 %
Invalidité	0,9025 %	0,000 %	0,9025 %	1,070 %	0,550 %	1,620 %
Total	1,7925 %	0,2975 %	2,095 %	1,435 %	1,435 %	2,870 %

Non Cadres (personnel non bénéficiaire de l'article 2 ANI du 17 novembre 2017)

Garanties	T1			T2		
	Tarif employeur	Tarif salarié	Total	Tarif employeur	Tarif salarié	Total
Décès toutes causes	0,203 %	0,203 %	0,406 %	0,203 %	0,203 %	0,406 %
Décès accidentel	0,012 %	0,012 %	0,024 %	0,012 %	0,012 %	0,024 %
Double effet	0,023 %	0,023 %	0,046 %	0,024 %	0,024 %	0,048 %
Rente éducation	0,058 %	0,058 %	0,116 %	0,060 %	0,060 %	0,120 %
Incapacité de travail	0,000 %	0,528 %	0,528 %	0,000 %	0,712 %	0,712 %
Invalidité	0,674 %	0,146 %	0,820 %	1,136 %	0,424 %	1,560 %
Total	0,970 %	0,970 %	1,940 %	1,435 %	1,435 %	2,870 %

T1 : tranche de salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale

T2 : tranche de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale

Répartition

Pour le personnel non cadre :

Les cotisations du régime de prévoyance sont financées à hauteur de 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié. Dans le cadre de sa quote part, le salarié finance intégralement la garantie incapacité temporaire de travail à compter du 1er janvier 2026.

Pour le personnel cadre :

L'employeur assure le financement des cotisations prévoyance à hauteur de 1,50% de la tranche 1. Le solde sur la tranche 1 et les cotisations afférentes à la tranche 2 sont financés à hauteur de 50% par l'employeur et 50% par le salarié. Dans le cadre de sa quote part, le salarié finance intégralement la garantie incapacité temporaire de travail à compter du 1er janvier 2026.



Les garanties maintien de salaire

Garanties facultatives

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément du régime de prévoyance. Elle couvre les obligations conventionnelles suivant l'Article 14-1 modifié par l'Article 9 de l'Accord du 27/03/2012 étendu le 22/07/2013 (J.O. du 04/08/2013)

Bénéficiaires : salariés cadres et non cadres ayant un an d'ancienneté.

Cotisation : 100 % à la charge de l'employeur

Franchise

- Accident du travail et maladie professionnelle survenant dans l'entreprise : 0 jour,
- Maladie et accident de la vie courante : 7 jours ouvrables.

Toutefois, à raison d'une fois par année, de date à date, ce délai sera ramené à 3 jours. De plus, pour un arrêt de travail égal ou supérieur à 30 jours, le délai de franchise de 7 jours sera rétroactivement supprimé.

Montant et durée de l'indemnisation

Ancienneté dans l'entreprise	Montant et durée de l'indemnisation (en % du salaire de référence)	
	100 %	75 %
1 à 5 ans	30 jours	60 jours
5 à 10 ans	45 jours	70 jours
10 à 15 ans	60 jours	80 jours
15 à 20 ans	75 jours	90 jours
20 ans et plus	90 jours	90 jours

D'autre part le régime de prévoyance intervient en relais et en complément à l'obligation de la garantie maintien de salaire.

Fonds sociaux / Fonds DES (degré élevé de solidarité)

Fonds social AG2R Prévoyance

Face aux aléas de la vie, AG2R LA MONDIALE vous apporte un accompagnement personnalisé pour :

- vous écouter et vous conseiller sur vos droits,
- vous orienter dans vos démarches,
- vous aider financièrement en cas de difficulté exceptionnelle.

Fonds santé et prévoyance dédiés à la branche

Pour aider les salariés de la branche des Organismes de Formation qui auraient à faire face à une situation difficile, des aides financières peuvent être allouées sur demande.

Fonds DES (degré élevé de solidarité)

Pour les adhérents au régime de prévoyance :

- Avant aide financière jusqu'à 2 700 €.
- Maladie grave (pour le salarié atteint d'une affection longue durée exonérante à 100%) : aide financière de 1 000 €.
- Hospitalisation de + de 3 jours : aide financière de 300 €
- Maintien des garanties prévoyance pour le salarié en congé parental d'éducation à plein temps pour un an.
- Aide financière exceptionnelle en cas de baisse de revenus, défauts de paiement, dépenses importantes justifiées, situation justifiant d'une demande d'aide financière.
- Le salarié en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation bénéficie de la prise en charge de la part salariale des cotisations prévoyance.

Pour les adhérents au régime de frais de santé :

- Hospitalisation de + de 3 jours : aide financière de 300 €
- Prise en charge, sans avance de frais, d'un service en ligne de deuxième avis médical dans la limite des frais réels plafonnée 300 €, pour les salariés relevant de la classification « maladies redoutées » selon la liste définie à l'article D.322-1 du Code de la sécurité sociale.
- Aide financière exceptionnelle en cas de baisse de revenus, défauts de paiement, dépenses importantes justifiées, situation justifiant d'une demande d'aide financière.
- Le salarié en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation bénéficie de la prise en charge de la part salariale des cotisations de frais de santé.

Pour faire votre demande :

<https://branche-hds.fr/catalog/ag2r-of>



Des guides pour les salariés

Découvrez vos guides en cliquant sur les documents



Guide salarié santé

Retrouvez dans ce guide toutes les informations relatives à :

- **votre espace client** depuis lequel vous pouvez télécharger votre carte de tiers payant, demander un remboursement...
- **vos services** comprenant des explications sur votre carte de tiers payant, les réseaux partenaires en optique et chez les audioprothésistes.
- **des aides** pour lire les garanties, comprendre vos remboursements...



Guide salarié prévoyance

Retrouvez dans ce guide toutes les informations relatives à :

- **vos démarches** en cas d'arrêt de travail ou de décès
- **des explications sur les risques** incapacité, invalidité, décès pour comprendre votre contrat
- **un accompagnement** pour désigner le bénéficiaire de votre choix en cas de décès.

Des guides pour les employeurs

Découvrez vos guides en cliquant sur les documents



Guide entreprise santé

Retrouvez dans ce guide toutes les informations relatives à :

- **votre espace client** depuis lequel vous pouvez affilier ou radier vos salariés
- **au paiement de vos cotisations** via la DSN et votre paramétrage.
- **vos services** comprenant des explications sur la carte de tiers payant, le 100 % santé...
- **des aides** pour lire les garanties, comprendre les remboursements...



Guide entreprise prévoyance

Retrouvez dans ce guide toutes les informations relatives à :

- **au paiement de vos cotisations** via la DSN et votre paramétrage.
- **aux demandes de prestations et la liste des pièces justificatives à fournir**

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

Je crée mon entreprise

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

Je prépare l'avenir de mon entreprise

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

Je prépare ma retraite

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

Je transmets mon entreprise

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

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

www.ag2rlamondiale.fr

AG2R LA MONDIALE
14-16 boulevard Malesherbes
75379 Paris cedex 08

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