



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

**Sports – Loisirs (Commerce
des articles de sport et
équipement de loisirs)**

Brochure n° : 3049

Identifiant de Convention

Collective (IDCC) : 1557



**Découvrez votre régime
frais de santé
2025**

Votre régime frais de santé

Un régime frais de santé labellisé par votre profession

Les fédérations représentant votre secteur d'activité, Union Sport Cycle et la DICA, ont élaboré avec AG2R Prévoyance, assureur du régime conventionnel de prévoyance, un régime frais de santé pour tous les salariés des entreprises de la branche :

- le personnel non cadre, à savoir le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 ;
- le personnel cadre, à savoir le personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

Ce régime vous permet ainsi de répondre à l'obligation de la loi du 14 juin 2013 de proposer, depuis le 1^{er} janvier 2016, une complémentaire santé à tous les salariés.

Ce régime frais de santé a été créé spécialement pour votre profession, avec des garanties étudiées et négociées pour votre secteur d'activité.

Un contrat conforme à la législation en vigueur

Ce régime frais de santé est construit dans le respect des réglementations :

- du dispositif dit du « 100 % santé » ;
- des critères relatifs au contrat responsable.

Les bénéficiaires

L'ensemble des salariés bénéficient automatiquement de cette couverture dès la prise d'effet du contrat d'adhésion⁽¹⁾, sans questionnaire médical et quels que soient la nature du contrat de travail et le nombre d'heures effectuées.

⁽¹⁾ Lors de la mise en place du contrat collectif frais de santé, certains salariés peuvent être dispensés de s'affilier sans pour autant remettre en cause le caractère obligatoire.

Une offre simple avec 3 formules au choix

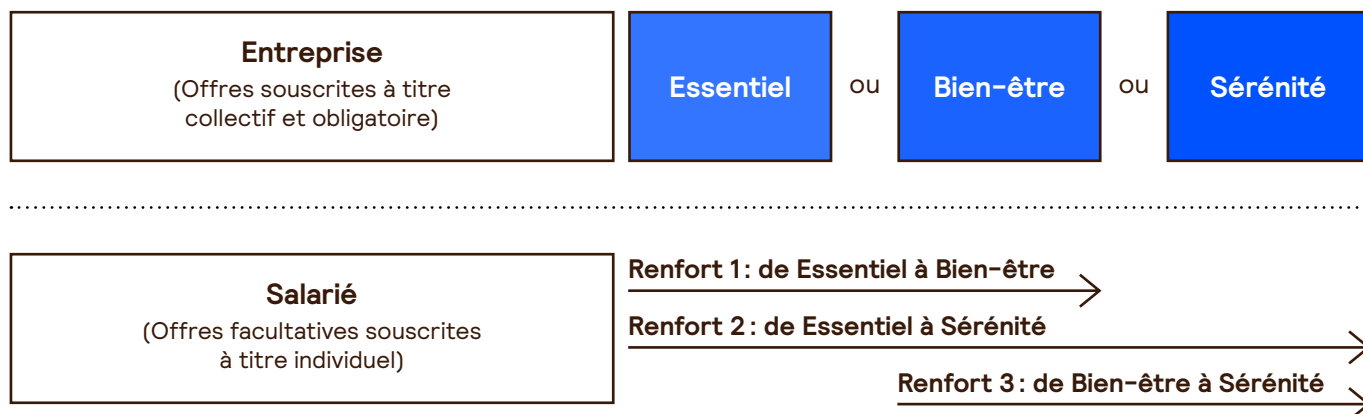
Le régime de base

En tant qu'employeur vous disposez de **3 formules** – Essentiel, Bien-être ou Sérénité – souscrites à titre collectif et obligatoire pour tous les salariés. Le niveau de garantie est identique pour les non cadres et les cadres.

Les régimes facultatifs

Chaque salarié a également la possibilité de façon individuelle et facultative :

- de renforcer sa couverture santé, en choisissant un renfort pour atteindre le niveau de garantie d'une formule supérieure
- de couvrir ses ayants droit (conjoint et enfants à charge) par les mêmes garanties que les siennes



La mise en place de votre contrat frais de santé

Pour vous employeur

1. Choisissez la formule adaptée aux besoins de vos salariés.
2. Renvoyez-nous votre demande d'adhésion complétée et signée, disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr/sport-commerce
3. Vous recevrez votre kit d'adhésion : votre contrat, les notices d'information et l'ensemble des documents relatifs à l'affiliation de vos salariés.

Pour vos salariés

Pour être affilié au régime collectif, le salarié devra, après avoir reçu sa notice d'information, vous remettre son bulletin d'affiliation et y joindre les pièces justificatives demandées⁽¹⁾. À cette occasion, il pourra choisir de souscrire à une option surcomplémentaire et couvrir sa famille.

(1) Dispenses d'affiliation possibles.

Les dispenses d'affiliation

Le salarié peut-il refuser d'adhérer au régime Frais de santé obligatoire de la branche ?

Oui, mais dans certains cas seulement :

- Salarié bénéficiant déjà d'un contrat individuel lors de son embauche dans le cabinet. Cette dispense ne s'applique que jusqu'à l'échéance dudit contrat.
- Salarié déjà couvert par un contrat collectif obligatoire :
 - La mutuelle d'entreprise obligatoire du conjoint (l'affiliation du conjoint et des enfants doit être obligatoire).
 - les contrats dits « Madelin ».
 - le régime local d'Alsace Moselle.
 - le régime des Industries électriques et Gazières.
 - les mutuelles de l'Etat ou des collectivités territoriales.
- Salarié bénéficiaire d'un CDD d'une durée de plus de 12 mois :
 - sur présentation obligatoire de justificatif d'une couverture santé chaque année.
- Salarié bénéficiaire d'un CDD d'une durée inférieure ou égale à 12 mois :
 - pas de justificatif à fournir.
- Salarié à temps partiel :
 - dont la cotisation frais de santé est supérieure ou égale à 10 % de sa rémunération brute.
- Salarié bénéficiant de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire).

- Salarié titulaire d'un CDD ou d'un contrat de mission susceptible de bénéficier d'une couverture collective Frais de santé inférieure à 3 mois et qui justifie être couvert par un contrat individuel responsable hors CSS (2 conditions cumulatives) :
 - Ce salarié aura le choix de prendre la mutuelle du cabinet dentaire ou de bénéficier d'un chèque santé versé par l'employeur.



Les garanties

Les prestations s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :
 - OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
 - OPTAM CO : Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins

- PLV : Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins
- 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)
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

[Vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale](https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale)

Hospitalisation

Nature des frais en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité		Niveaux d'indemnisation Conventionné/Non conventionné		
		Essentiel	Bien-être	Sérénité
Frais de séjour		100 % BR	250 % BR	400 % BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait journalier hospitalier				
Forfait actes dits « lourds »				
Honoraires				
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	100 % BR 100 % BR	270 % BR 200 % BR	420 % BR 200 % BR
Chambre particulière		-	50 € par jour	70 € par jour
Frais d'accompagnement				
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		-	30 € par jour	40 € par jour

Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Conventionné	Non conventionné	Sérénité
Transport remboursé SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Conventionné	Non conventionné	Sérénité
	Essentiel	Bien-être	Sérénité

Honoraires médicaux

Remboursés SS

Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	100 % BR 100 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	100 % BR 100 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	100 % BR 100 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	100 % BR 100 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR

Non remboursés SS

Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	-	30€ par acte, limité à 3 actes par année civile	40€ par acte, limité à 3 actes par année civile
---	---	---	---

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues (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
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Médicaments

Remboursés SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---------------	----------	----------	----------

Pharmacie (hors médicaments)

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	100 % BR	100 % de la BR + crédit de 150 € par année civile
--	----------	----------	---

Actes de prévention remboursés SS

Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	----------	----------	----------

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation Conventionné/Non conventionné		
	Essentiel	Bien-être	Sérénité
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV ⁽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 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)			
Équipements libres ⁽³⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR ⁽²⁾	100 % BR ⁽²⁾	100 % BR + forfait de 600 € ⁽²⁾
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR ⁽²⁾	100 % BR ⁽²⁾	100 % BR + forfait de 300 € ⁽²⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽⁴⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

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

(3) Équipement 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 (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.



Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation Conventionné/Non conventionné		
	Essentiel	Bien-être	Sérénité
Soins et prothèses 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	195 % BR + crédit de 100 € par année civile, dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 200 € par année civile, dans la limite des HLF
Inlay core	195 % BR dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 100 € par année civile, dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 200 € par année civile, dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	195 % BR dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 100 € par année civile, dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 200 € par année civile, dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾			
Inlay, onlay	125 % BR	195 % BR + crédit de 100 € par année civile, dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 200 € par année civile, dans la limite des HLF
Inlay core	195 % BR	195 % BR + crédit de 100 € par année civile, dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 200 € par année civile, dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	195 % BR	195 % BR + crédit de 100 € par année civile, dans la limite des HLF	195 % BR + crédit de 200 € par année civile, dans la limite des HLF
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Autres actes dentaires remboursés SS			
Orthodontie remboursée SS	195 % BR	195 % BR + crédit de 150 € par semestre	195 % BR + crédit de 300 € par semestre
Actes dentaires non remboursés SS			
Parodontologie	-	Crédit de 100 € par année civile	Crédit de 200 € 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 100 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile
Orthodontie	-	Crédit de 300 € par semestre	Crédit de 500 € par semestre

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

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

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

Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation Conventionné/Non conventionné		
	Essentiel	Bien-être	Sérénité
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾			
Équipements de classe A Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Équipements de classe A : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) ⁽²⁾			
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⁾			
Équipements de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) ⁽²⁾	Forfait de 220 € par bénéficiaire (avec un maximum de 100 € pour la monture)	Forfait de 420 € par bénéficiaire (avec un maximum de 100 € pour la monture)	Forfait de 420 € par bénéficiaire (avec un maximum de 100 € pour la monture)
Équipements de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) ⁽²⁾	Forfait de 220 € par bénéficiaire (avec un maximum de 100 € pour la monture)	Forfait de 420 € par bénéficiaire (avec un maximum de 100 € pour la monture)	Forfait de 420 € par bénéficiaire (avec un maximum de 100 € pour 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'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
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit de 220 € sur 2 années civiles consécutives	100 % BR + crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives	100 % BR + crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 220 € sur 2 années civiles consécutives	Crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives	Crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	-	Crédit de 500 € par œil, par 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.

(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.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation Conventionné/Non conventionné		
	Essentiel	Bien-être	Sérénité
Cure thermique remboursée SS			
Frais de traitement et honoraires	-	100 % BR	150 % BR
Frais de voyage et hébergement	-	100 % BR	150 % BR
Forfait maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	-	Forfait de 150 €	Forfait de 400€
Abonnement à un club sportif			
Prise en charge de l'abonnement à un club sportif ⁽¹⁾ dans la limite d'un forfait annuel ⁽²⁾	40 € par année civile	50 € par année civile	60 € par année civile
Télésurveillance médicale remboursée SS			
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L. 162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Abonnement à un club sportif relevant d'une fédération agréée par le ministère de la Jeunesse et des Sports et exclusivement réservé au personnel relevant de la Convention collective nationale des Entreprises de la filière sports-loisirs (conception, fabrication, services et commerce des articles de sport et équipements de loisirs).

(2) Prestation accordée uniquement au salarié dans la limite des frais engagés.



Programmes de prévention

Programme	Nature des actions
Santé bucco-dentaire	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie. Promotion des consultations de prévention à deux âges clés, 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie « M'T Dents »⁽¹⁾. Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont prises en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire » sous réserve que la garantie soit souscrite au contrat Frais de santé. Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.
Cancers : traitement et prévention de leurs récides	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer	Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM). La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).
Prévention des récides de cancers	Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récides après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel. Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.
Bilan de prévention	
Bilan de prévention personnel	Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger, bouger, dormir, respirer.

(1) À 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.



Retrouvez toutes les informations concernant le programme
 Branchez-vous santé sur :
<https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/prevention>

Tarifs mensuels 2025

Pour l'entreprise

Adhésion collective et obligatoire pour le salarié au régime de base

Au minimum, 50 % de la cotisation du régime obligatoire est pris en charge par l'employeur.

	Essentiel		Bien-être		Sérénité	
	% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros
Régime général	0,93 %	36,50 €	1,45 %	56,91 €	1,98 %	77,71 €
Régime Alsace-Moselle	0,61 %	23,94 €	0,94 %	36,89 €	1,26 %	49,45 €

Tarifs individuels (cotisation additionnelle à la cotisation du régime de base et à la charge exclusive du salarié)

Adhésion facultative des ayants droit au régime de base

	Essentiel		Bien-être		Sérénité	
	% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros
Régime général						
Conjoint	0,91 %	35,72 €	1,47 %	57,70 €	2,06 %	80,85 €
Enfant	0,57 %	22,37 €	0,86 %	33,75 €	0,93 %	36,50 €
Régime Alsace-Moselle						
Conjoint	0,56 %	21,98 €	0,89 %	34,93 €	1,23 %	48,28 €
Enfant	0,35 %	13,74 €	0,52 %	20,41 €	0,56 %	21,98 €

Adhésion facultative du salarié et/ou des ayants droit aux renforts

Régime Général et Régime Alsace-Moselle	Renfort 1 : de Essentiel à Bien-être		Renfort 2 : de Essentiel à Sérénité		Renfort 3 : de Bien-être à Sérénité	
	% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros
Adulte	0,59 %	23,16 €	1,18 %	46,31 €	0,58 %	22,76 €
Enfant	0,34 %	13,34 €	0,41 %	16,09 €	0,07 %	2,75 €

Régime Loi Évin (cotisation à la charge exclusive de l'ancien salarié)

		Essentiel		Bien-être		Sérénité	
		% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros	% du PMSS	Euros
Régime général	1 ^{re} année	0,93 %	36,50 €	1,45 %	56,91 €	1,98 %	77,71 €
	2 ^e année	1,16 %	45,53 €	1,81 %	71,04 €	2,475 %	97,14 €
	3 ^e année	1,395 %	54,75 €	2,175 %	85,37 €	2,97 %	116,57 €
Régime Alsace-Moselle	1 ^{re} année	0,61 %	23,94 €	0,94 %	36,89 €	1,26 %	49,45 €
	2 ^e année	0,76 %	29,83 €	1,18 %	46,31 €	1,575 %	61,82 €
	3 ^e année	0,915 %	35,91 €	1,41 %	55,34 €	1,89 %	74,18 €

La cotisation est exprimée en pourcentage (%) du PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (Valeur 2025 = 3 925 €).

La cotisation en euros (€) est communiquée à titre indicatif et évolue en fonction du PMSS.

Les + AG2R LA MONDIALE

Nos engagements

- Un accompagnement personnalisé de chaque entreprise
- Des prestations performantes à un tarif négocié au plus juste
- Le maintien des garanties de frais de santé aux ayants droit de salariés décédés gratuitement pendant 12 mois
- La création d'un régime spécial pour les anciens salariés (régime dit « Loi Évin »)

Participation à votre abonnement sportif

Fort de notre volonté d'encourager la pratique sportive, votre régime frais de santé comprend une participation forfaitaire annuelle pour l'adhésion de vos salariés à un club de sport.

Le tiers payant

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition une carte de tiers payant qui vous permet de bénéficier du tiers payant auprès de professionnels de santé tels que les établissements hospitaliers conventionnés, les pharmacies, les radiologues, les laboratoires d'analyses... Votre carte de tiers payant est strictement personnelle et atteste à tout moment de votre appartenance à AG2R LA MONDIALE.

Qu'est-ce que le tiers payant ?

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

Comment fonctionne le tiers payant ?

Chez le pharmacien

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

- la carte Vitale ou son attestation qui permet la prise en charge de frais concernant le régime de base de la Sécurité sociale,
- la carte de tiers payant qui permet la prise en charge du Ticket Modérateur (TM).

Le tiers payant est possible avec toutes les pharmacies de l'ensemble des départements français.

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



Chez les autres professionnels de la santé

Des accords ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes...

Pour en bénéficier, présenter à ces professionnels de santé votre Carte Vitale et votre carte de tiers payant.

À l'hôpital

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R LA MONDIALE délivre un «accord de prise en charge» garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à votre charge (forfait hospitalier 20€/jour). L'établissement hospitalier ou vous-même devrez fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue :

- n° de Sécurité sociale de l'assuré principal.
- nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- n° de sécurité sociale du bénéficiaire des soins (s'il est différent de celui de l'assuré principal).
- date exacte d'entrée.
- adresse ou fax de l'établissement.

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte de tiers payant.

Chez l'opticien

Vous présentez votre carte de tiers payant à l'opticien qui s'adresse directement au centre de gestion AG2R LA MONDIALE pour obtenir la prise en charge optique.

AG2R LA MONDIALE règle l'opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restant éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 14 000 opticiens.

Chez le dentiste

Si votre chirurgien-dentiste accepte de pratiquer le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, il doit alors effectuer une demande de prise en charge. N'hésitez pas à lui demander s'il pratique ce service.

La géolocalisation des professionnels de santé

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

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

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

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

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

En optique

- Jusqu'à 40 % d'économie sur les verres,
- une réduction minimale de 15 % sur les montures et produits para-optiques (lunettes de soleil...),
- la qualité des verres fabriqués par des grands verriers,
- une garantie casse de 2 ans pour la monture et les verres.

Chez les audioprothésistes

- Jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives,
- 0 % à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires,
- test de l'ouïe en ligne,
- Garanties après-vente : adaptation, dépannage⁽¹⁾.

Réseau bien-être ostéopathie

Des ostéopathes et des chiropracteurs qualifiés disponibles partout en France à des tarifs négociés pour les consultations en cabinet et à domicile.

Réseau bien-être psychologie

Des psychologues expérimentés dans la pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC).

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

Des services en ligne réservés à nos assurés

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

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

Pour créer votre espace client, rien de plus simple !

Depuis le site www.ag2rlamondiale.fr :

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

Pour bénéficier de tous ces services

Connectez-vous sur www.ag2rlamondiale.fr pour accéder à votre espace client ou téléchargez l'application « Côté santé ».



Votre carte de tiers payant

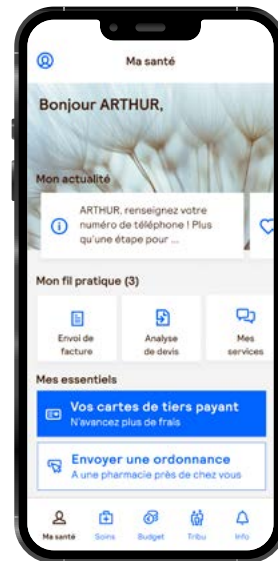
Dès réception du dossier complet, votre carte de tiers payant sera directement accessible sur l'application Côté santé et sur votre espace client.

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

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

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

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



Comment utiliser votre e-carte de tiers payant ?

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

Comment lire votre carte de tiers payant

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (à rappeler lors de toute correspondance avec votre mutuelle)

Nom et prénom des assurés

Période de validité

CONTACT ADHÉRENT :		Nos Partenaires		Numéro AMC		Période de validité	
AG2R LA MONDIALE		almerys itelis		98532001		01/01/2018 au 31/12/2018	
TSA 80001 69650 Lyon cedex 20 www.ag2rmondiale.fr Service client 0 969 32 2000 (Appel non surtaxé)				Type de conv. / CSR AL		N° de carte 20170003929560	
				N°NNI 1651031450112		N° de télétransmission/DRE 98532001	
				Editée le: 19/10/2017		N° Contrat 54229999	
RENTREZ : N° IM, PRÉNOM, QUALITÉ, DATE, NAISSANCE	Garanties ouvrant droit à tiers payant (part régime obligatoire incluse)	COUVERTURE	COUVERTURE	COUVERTURE	COUVERTURE	COUVERTURE	COUVERTURE
NNI	codes	PHAR	MGS*	RAD*	AUX	BIO	TRA
MARTIN OLIVIER	1651031450112	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10000003526 Adhérent	Né (e) 1e 14/10/1965						
MARTIN ODILE	1690431460105	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10000003527 Bénéficiaire	Né (e) 1e 14/10/1965						
MARTIN PAUL HENRI	1950831460620	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10000003528 Bénéficiaire	Né (e) 1e 25/08/1995						
MARTIN MARIE PAULINE	1980231460705	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10000003529 Bénéficiaire	Né (e) 1e 13/02/1998						

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

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

Date de naissance des assurés. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte Vitale. Si ce n'est pas le cas, adressez-nous une photocopie de l'attestation de votre carte Vitale.

Prestations ouvertes au tiers payant

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

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.ag2ramondiale.fr

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

GIE AG2R - Membre d'AG2R LA MONDIALE - 14-16, boulevard
Malesherbes 75008 Paris - 801 947 052 RCS Paris.