



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—

GUIDE D'INFORMATION

Établissements d'enseignement privés sous contrat
Accord collectif du 18 juin 2015

Chef d'établissement



SOMMAIRE

PRÉSENTATION	3
---------------------	----------

1/LES AVANTAGES DE L'ACCORD COLLECTIF DE BRANCHE	4
Pour tous, un régime solidaire et responsable dans l'esprit des valeurs de l'accord collectif de branche	4
Pour le salarié	4
Pour l'Établissement	4
Date d'effet	4

2/LE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT	5
---	----------

3/LA MISE EN PLACE DU RÉGIME DANS L'ÉTABLISSEMENT	6
Assureur et gestionnaire de l'Établissement	6
Les obligations qui pèsent sur l'employeur	6

4/L'ARTICULATION DU RÉGIME EEP SANTÉ	7
---	----------

5/L'ADHÉSION DES SALARIÉS	8
5.1 - Dispense d'adhésion	8
5.2 - Le bulletin individuel d'affiliation	9
5.3 - Les bénéficiaires	9

6/LES COTISATIONS	10
6.1 - Montant des cotisations	10
6.2 - Le règlement des cotisations	11

7/LES GARANTIES DU RÉGIME EEP SANTÉ	12
7.1 - Tableau de garanties	12
7.2 - Prestations à Haut Degré de Solidarité	15
7.3 - Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution	15

8/LES CAS DE MAINTIEN DE GARANTIES	16
8.1 - Maintien temporaire au titre de la portabilité des droits	16
8.2 - Maintien au titre de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre	16
8.3 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	17

9/AG2R PRÉVOYANCE ASSURE VOTRE CONTRAT	18
ARPÈGE PRÉVOYANCE est l'interlocuteur unique des établissements et de leurs salariés	18
ESPACE internet sécurisé en ligne pour les établissements	18

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	20
--	-----------

PRÉSENTATION

Ce document n'est pas contractuel. Destiné aux chefs d'établissement ou Responsable social, il apporte des informations pratiques sur le régime frais de santé et le dispositif contractuel. Les informations qu'il contient pourront évoluer en cas de modification du régime conventionnel de remboursement de frais de soin de santé.

Le régime concerne l'ensemble des salariés Cadres et Non Cadres de l'établissement ainsi que les maîtres rémunérés par l'État exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire).

Éclairage sur les définitions dans ce guide :

- l'adhérent est l'établissement ou l'organisme qui souscrit le contrat ;
- l'assuré est le salarié Cadre ou Non Cadre ou le maître de droit privé rémunéré par l'État.

1/LES AVANTAGES DE L'ACCORD COLLECTIF DE BRANCHE

POUR TOUS, UN RÉGIME SOLIDAIRE ET RESPONSABLE DANS L'ESPRIT DES VALEURS DE L'ACCORD COLLECTIF DE BRANCHE

Un environnement sécurisé dans le cadre d'un régime mutualisé, piloté par les représentants de la branche.

POUR LE SALARIÉ

- Des garanties de bon niveau pour lui et sa famille;
- un coût moins élevé qu'un contrat individuel et une prise en charge par l'employeur sur le socle obligatoire de base du régime;
- l'accessibilité aux prestations de solidarité et d'actions sociales prévues par l'accord;
- la possibilité, pour le salarié de couvrir son conjoint et/ou ses ayants droit.

POUR L'ÉTABLISSEMENT

- Un cadre fiscal et social avantageux;
- le contrat d'assurance collective souscrit est un contrat « responsable » conformément aux articles L.322-2 II et III, L.871-1 et R.871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale ainsi qu'à l'arrêté interministériel du 8 juin 2006.

DATE D'EFFET

Le contrat d'adhésion prend effet au 1^{er} janvier 2016. Il expire au 31 décembre 2016 et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année suivante, sauf résiliation dans les conditions prévues dans l'accord.

2/LE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

L'Établissement doit mettre en place le contrat Santé au 01/01/2016.

À cette date, l'Établissement devient adhérent de l'accord de national professionnel du 18 juin 2015 instauré par les partenaires sociaux de l'Interbranches des établissements d'enseignement privés.

Tous les salariés concernés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements (visés à l'article 2 de l'accord du 18 juin 2015) bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.

3/LA MISE EN PLACE DU RÉGIME DANS L'ÉTABLISSEMENT

Pour entrer dans la mutualisation du régime, l'établissement doit souscrire le contrat auprès de l'un des organismes recommandés par les représentants de la branche, AG2R Prévoyance en l'occurrence.

L'Établissement devient alors membre adhérent.

Pour régulariser son adhésion, l'Adhérent doit :

- remplir et signer le Bulletin d'adhésion ;
- le retourner à l'organisme gestionnaire (à l'adresse ci-dessous) ;
- remettre aux personnels salariés, le Bulletin individuel d'affiliation ;
- remettre aux personnels salariés, la notice d'information fournie par l'assureur ;
- conserver l'accusé réception du salarié justifiant de la remise de la notice.

L'établissement peut demander à recevoir des exemplaires complémentaires de notices d'information.

L'accès à la notice est également proposé en version électronique sur le site internet de l'assureur et du gestionnaire.

affilié) ;

- **En cas de litige, la preuve de la remise de la NOUVELLE notice lui incombe.**

DISPENSE D'ADHÉSION

- L'Adhérent doit obtenir **chaque année** de la part du salarié faisant l'objet d'une dispense d'adhésion, le justificatif attestant du bien-fondé de cette dispense (voir l'imprimé de demande de dispense d'affiliation) ;
- ces informations peuvent être demandées à l'Adhérent lors d'un contrôle URSSAF, voire en cas de contrôle fiscal.

AFFILIATION

- L'adhérent doit affilier tous les salariés justifiant de 4 mois d'ancienneté continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application pour leur permettre de bénéficier des garanties du contrat. Il doit remettre à chaque salarié le bulletin individuel d'affiliation afin qu'il soit en mesure de le compléter.
- La notice d'information mise à disposition par l'assureur doit impérativement être remise à chaque salarié. La preuve de cette remise doit être conservée.

ASSUREUR ET GESTIONNAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

ARPÈGE PRÉVOYANCE - Membre de AG2R LA MONDIALE - 2 rue de Reutenbourg) 67921 STRASBOURG CEDEX 9.

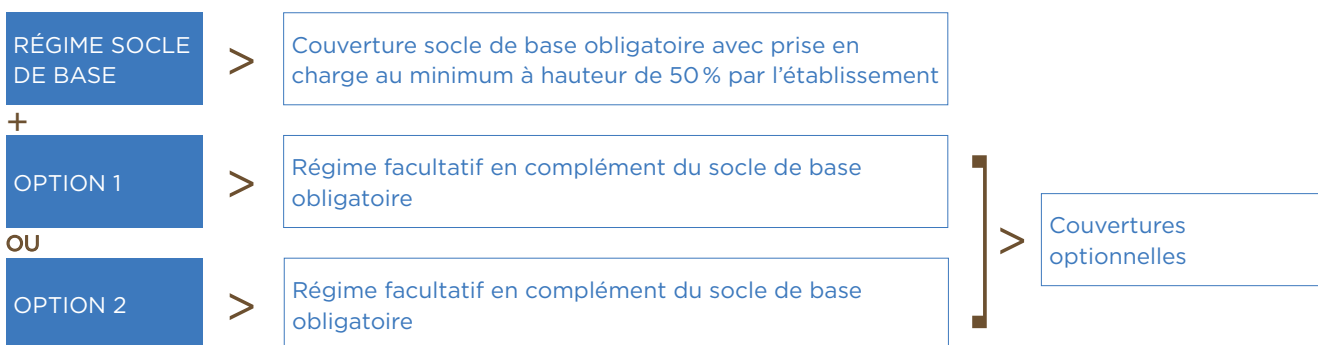
LES OBLIGATIONS QUI PÈSENT SUR L'EMPLOYEUR

REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION AUX SALARIÉS

- **En cas de litige, la preuve de la remise de la notice incombe à l'Adhérent.** De même, en cas de changement, si des éléments sont modifiés et communiqués à l'Adhérent en remplacement de ceux qu'il détenait, celui-ci doit remettre une nouvelle notice d'information à chaque membre participant (salarié

4/L'ARTICULATION DU RÉGIME EEP SANTÉ

- Un **régime de base** à adhésion obligatoire pour le participant, et à adhésion facultative pour ses ayants droit;
- un **régime optionnel 1** à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit;
- un **régime optionnel 2** à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit.



Si le salarié a choisi de faire adhérer son conjoint ou ses enfants à charge, tous les membres de la famille doivent bénéficier du même niveau de garanties.

Dans tous les cas l'adhésion des ayants droit est facultative et à la charge intégrale du salarié.

Conformément à l'article 5 de l'accord collectif du 18 juin 2015, chaque établissement reste libre de rendre obligatoire l'adhésion à l'une des options prévues, dans le respect des dispositions du code de la Sécurité sociale, et notamment de ses articles L.242.1, L.911.1 et suivants.

5/L'ADHÉSION DES SALARIÉS

Tous les salariés concernés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements (visés à l'article 2 de l'accord du 18 juin 2015) bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.

Le salarié est obligé d'adhérer au socle obligatoire souscrit par l'Établissement sauf cas de dispense.

5.1 - DISPENSE D'ADHÉSION

Les salariés souhaitant être dispensés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, cette dispense d'adhésion au régime obligatoire et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par accord du 18 juin 2015 ou suivant le terme de la période de 4 mois fixée à l'alinéa 1^{er} du présent article. À défaut, ils seront affiliés d'office au régime. En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par l'accord du 18 juin 2015 dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation doivent lui être adressés et la cotisation salariale est alors à précompter sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion à la couverture du socle obligatoire. Cette adhésion prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

Cas de dispense prévus par l'accord du 18 juin 2015:
1/ Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat

de travail d'une durée déterminée au moins égale à 12 mois, sous réserve qu'ils produisent un document attestant qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé;

2/ les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs;

3/ les salariés bénéficiaires à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute;

4/ les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale (ACS) au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de leur embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. La demande de dispense doit être accompagnée d'un justificatif;

5/ les salariés bénéficiaires couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause à renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite;

6/ les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs suivants:

a. dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale (**régime collectif et obligatoire pour l'ayant droit**);

b. dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières;

c. dans le cadre des dispositions prévues par le

décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels;

d. dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents;

e. dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il appartiendra aux salariés de justifier annuellement de cette dispense.

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Sécurité sociale);

- âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants;
- âgés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation);
- âgés de moins de 26 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi);
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21^e anniversaire.

5.2 - LE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

À la mise en place du contrat, le salarié devra formaliser son affiliation en complétant le bulletin individuel prévu à cet effet. Il y portera l'ensemble de ses choix pour lui et sa famille à charge (voir Bulletin individuel d'affiliation).

L'affiliation dans quel cas :

- pour tous les salariés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements (visés à l'article 2 de l'accord du 18 juin 2015). Ces derniers bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.

5.3 - LES BÉNÉFICIAIRES

Outre le salarié, ses ayants droit peuvent adhérer à la couverture du socle obligatoire par une extension facultative souscrite individuellement par le salarié lui-même et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique auprès de l'organisme assureur retenu.

Par ayants droit du salarié, il convient d'entendre :

1/Le **conjoint** non divorcé ni séparé du salarié.

Est assimilé au conjoint :

- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS);
- le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale;
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, ...) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun.

2/Les **enfants** du salarié, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :

- à charge au sens de la Sécurité sociale et âgés de moins de 21 ans (cf. article L.313-3 2° du Code de la

6/LES COTISATIONS

6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Pour l'exercice 2016, la cotisation mensuelle est fixée ci-dessous, elle est exprimée en euros.

À compter du 1^{er} janvier 2017, la cotisation sera exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale de l'exercice 2016.

1/SALARIÉS EN ACTIVITÉ

- Régime général de la Sécurité sociale et agricole :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Salarié	37,00 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Salarié	22,20 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

2/AYANTS DROIT D'UN ASSURÉ DÉCÉDÉ APRÈS 12 MOIS GRATUITS (MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA LOI ÉVIN)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

3/ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET BÉNÉFICIAIRES D'UN REVENU DE REMPLACEMENT (MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA LOI ÉVIN)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

4/ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ (MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA LOI ÉVIN)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	42,55 €	10,64 €	28,37 €
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale :

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 OPTION 2	
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	25,53 €	10,64 €	28,37 €
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

5/ ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES D'UNE PENSION DE RETRAITE (MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA LOI ÉVIN)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole:

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	55,50 €	13,88 €	37,00 €
Conjoint	55,50 €	13,88 €	37,00 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale:

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	33,30 €	13,88 €	37,00 €
Conjoint	33,30 €	13,88 €	37,00 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

6.2 - LE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

6.2.1 - RÉPARTITION EMPLOYEUR/SALARIÉ DU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE

La couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50% minimum de la cotisation due pour un salarié affilié au Régime Général, quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié (régime général ou agricole ou Alsace-Moselle).

Ainsi, pour 2016, l'employeur prend à sa charge au minimum 18,50€ de la cotisation due pour le salarié au titre du socle obligatoire que cela soit pour le régime général, le régime agricole ou en Alsace-Moselle.

Pour l'année 2016, la répartition par mois est la suivante:

- régimes général et agricole: 18,50€ minimum pour l'employeur et 18,50€ maximum pour le salarié;
- Alsace-Moselle: 18,50€ minimum pour l'employeur et 3,70€ maximum pour le salarié.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'établissement et les salariés selon cette proportion.

L'appel des cotisations est réalisé par **ARPÈGE PRÉVOYANCE, membre de AG2R LA MONDIALE, gestionnaire du régime pour le compte de AG2R Prévoyance** (Cf. coordonnées au point 9). Il est effectué trimestriellement à terme échu auprès de l'établissement pour ce qui concerne le régime obligatoire socle de base.

L'établissement est seul responsable du paiement des cotisations pour le régime obligatoire vis-à-vis de l'organisme assureur. À ce titre, il procède lui-même au calcul et au versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

La part de cotisation du salarié assuré est

directement précomptée sur son bulletin de paie par l'établissement.

Cas des Maîtres de droit privé rémunérés par l'État (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire)

Ces maîtres exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux visés au premier alinéa acquitteront leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement auprès de l'assureur choisi **si ce dernier a mis en place le dispositif**. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

Pour tout problème concernant l'appel des cotisations, nous vous invitons à adresser un courrier à l'organisme gestionnaire de l'assureur ou de téléphoner au numéro dédié:

- Service adhésion / affiliation: tél. 03 90 22 84 92 - adafcoll67@ag2rlamondiale.fr

6.2.2 - RÉGIME FACULTATIF

Concernant les cotisations dues pour le régime facultatif (couverture optionnelle) qui pourrait être souscrit par le salarié pour lui, son conjoint ou ses enfants à charge, l'appel de cotisations sera effectué directement par ARPÈGE PRÉVOYANCE, gestionnaire du régime auprès de l'assuré.

L'assuré est dans ce cas seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. **Les cotisations du régime facultatif seront prélevées automatiquement, à terme d'avance, sur le compte bancaire de l'assuré.**

7/LES GARANTIES DU RÉGIME EEP SANTÉ

7.1 - TABLEAU DE GARANTIES

L'indemnité complémentaire versée par l'organisme recommandé s'ajoute à celles versées, au même titre, tant par la Sécurité sociale que par tout autre organisme. Le montant total des sommes versées est limité aux frais restant à la charge du participant.

POSTES	MONTANT DES PRESTATIONS		
	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)	OPTION 2 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale ⁽¹⁾			
Frais de séjour ⁽²⁾	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ⁽²⁾			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (y compris maternité)	–	1,5 % du PMSS ⁽³⁾ par jour	2,5 % du PMSS ⁽³⁾ par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	–	1 % du PMSS ⁽³⁾ par jour	2 % du PMSS ⁽³⁾ par jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale			
Transport du malade en véhicule sanitaire	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes médicaux			
Généralistes, (consultations et visites)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR
Spécialistes, neuro psychiatres (consultations et visites)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) et doppler			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), analyses médicales et travaux de laboratoire			
	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR

MONTANT DES PRESTATIONS

POSTES	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)	OPTION 2 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)
Pharmacie			
Pharmacie y compris vaccins remboursés par la Sécurité sociale		100 % TM	
Vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité sociale)		10 € par an et par bénéficiaire	
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	100 € / an / bénéficiaire
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale			
Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Inlays, onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Prothèses dentaires			
Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale)	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
Inlays core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale			
Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	100 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)
Implants dentaires, par implant	-	100 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Frais d'orthopédie dentofaciale (orthodontie)			
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)
Autres prothèses			
Prothèses auditives	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an /bénéficiaire		100 % TM majoré de 300 € / oreille / an /bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses médicales non dentaires et non auditives	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Optique			
Pour un verre			
Verre simple foyer, sphérique ⁽⁴⁾			
Sphère de -6 à + 6	60 €	80 €	90 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à + 10	80 €	90 €	100 €
Sphère < - 10 ou > + 10	85 €	100 €	110 €
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique ⁽⁴⁾			
Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6	70 €	90 €	100 €
Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	80 €	100 €	110 €
Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6	100 €	120 €	130 €
Cylindrique > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	110 €	130 €	140 €
Verre multifocal ou progressif sphérique ⁽⁴⁾			
Sphère de - 4 à + 4	130 €	150 €	190 €
Sphère < - 4 ou > + 4	150 €	170 €	210 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique ⁽⁴⁾			
Sphère de - 8 à + 8	160 €	180 €	220 €
Sphère < - 8 ou > + 8	200 €	220 €	260 €

MONTANT DES PRESTATIONS

POSTES	MONTANT DES PRESTATIONS		
	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)	OPTION 2 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)
Monture ⁽⁴⁾ sous déduction du remboursement Sécurité sociale	1,5 % du PMSS ⁽⁵⁾	1,5 % du PMSS ⁽⁵⁾	3,5 % du PMSS ⁽⁵⁾
Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale)	2 % du PMSS ⁽⁵⁾ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	3 % du PMSS ⁽⁵⁾ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	5 % du PMSS ⁽⁵⁾ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	–	10 % du PMSS ⁽⁶⁾ / œil	25 % du PMSS ⁽⁶⁾ / œil
Indemnités forfaitaires			
Maternité	–	10 % du PMSS ⁽⁷⁾	15 % du PMSS ⁽⁷⁾
Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS ⁽⁸⁾	100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS ⁽⁸⁾
Médecine douce (consultations non prises en charge par la Sécurité sociale)			
Consultations d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, ou d'étiopathie ⁽⁹⁾	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
Actes de prévention			
Voir liste ci-après ⁽¹⁰⁾		100 % TM	

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

C.A.S. = contrat d'accès aux soins.

(1) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.

(2) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.

(3) En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation

(4) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

(5) En vigueur au jour de la dépense.

(6) En vigueur au jour de l'intervention.

(7) En vigueur à la date de la naissance.

(8) En vigueur au 1^{er} jour de la cure.

(9) Les **ostéopathes** doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les **chiropracteurs** doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les **acupuncteurs** doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les **étiopathes** doivent être inscrits sur le Registre National des Étiopathes.

(10) **Actes de prévention :**

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010);
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015);
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011);
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012);
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges;
 - coqueluche : avant 14 ans;
 - hépatite B : avant 14 ans;
 - BCG : avant 6 ans;
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant;
 - haemophilus influenzae B;
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques.

La participation de l'organisme recommandé ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire de frais de santé.

7.2 - PRESTATIONS À HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ

Le régime Santé signé par les représentants de la branche prévoit les prestations de solidarité ci-dessous.

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sont les suivantes :

• **Des réductions tarifaires**

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée **égale** ou inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire égale à 50 % de leur contribution au titre de la couverture du socle obligatoire. Par rémunérations brutes, il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

À titre indicatif pour l'année 2016, cette réduction tarifaire porte la contribution mensuelle des salariés visés ci-dessus à 9,25€ pour les salariés relevant du régime général/agricole et à 1,85€ pour les salariés relevant du régime Alsace Moselle.

• **Des actions de prévention**

Les signataires de l'accord confient à la commission visée au titre VI de l'accord du 18 juin 2015 le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liée à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

a/campagne de communication et d'incitation à la vaccination contre la grippe saisonnière, l'hépatite, la tuberculose ;

b/moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité Sociale ;

c/campagnes de prévention des troubles musculo-squelettiques (ex : formations gestes et postures) ;

d/prévention du stress et des violences (en lien avec l'accueil du public notamment) ;

e/campagnes de dépistage de cancers.

• **Des prestations d'action sociale**

Les signataires confient à la commission sociale santé le soin de mettre en place un fonds social, d'en fixer les orientations et de contrôler son utilisation.

7.3 - ORIENTATIONS, FONCTIONNEMENT ET MODALITÉS D'ATTRIBUTION

Pour ce qui concerne les réductions tarifaires, il appartient à l'employeur de transmettre à l'organisme assureur les nom et prénom des salariés concernés.

Pour chaque intervention (prévention ou action sociale) collective, des aides financières pourront être accordées si les conditions suivantes sont remplies :

- présentation d'un projet pluriannuel incluant des objectifs évaluable ;
- l'association au projet des représentants du personnel des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence) ;
- le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière à 100 % par le régime).

8/LES CAS DE MAINTIEN DE GARANTIES

8.1 - MAINTIEN TEMPORAIRE AU TITRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS

BÉNÉFICIAIRES DE LA PORTABILITÉ

Le bénéfice du contrat et des garanties est maintenu aux anciens salariés, aux mêmes clauses et conditions que durant la période d'activité dans l'établissement mais **uniquement** si la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage.

S'ils étaient couverts au titre du contrat initial, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

Toutefois, pas de maintien pour les personnels licenciés pour faute lourde qui sont exclus de ce dispositif ainsi que pour les salariés qui au jour de la cessation ou de la rupture de leur contrat de travail n'étaient pas couverts par le régime.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du salarié et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le maintien des garanties ne donne pas lieu au versement de cotisations; il est financé par mutualisation avec les actifs.

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements:

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien » ci-dessus,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité sociale.

Avant ce terme, le maintien est interrompu:

- la date de suspension des garanties du présent contrat en cas de non-paiement des cotisations,

- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Évin du 31 décembre 1989.

8.2 - MAINTIEN AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN DU 31 DÉCEMBRE

POUR QUELS EX-SALARIÉS ?

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une rente d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'un contrat individuel, moyennant une cotisation limitée à 150 % du tarif global applicable aux salariés.

(Voir, selon le cas: tableau 4 ou tableau 5 des cotisations).

Pour cela ils doivent en **faire la demande dans les 6 mois** qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'article sur la « Portabilité » ci-dessus.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations par l'assuré directement à l'organisme assureur.

La garantie prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt à la date de rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant.

Cette assurance de groupe à adhésion individuelle présente pour les anciens salariés l'avantage d'être accordée sans délai d'attente, ni questionnaire médical.

POUR LES AYANTS DROIT DU SALARIÉ DÉCÉDÉ

En cas de décès du salarié, l'accord collectif du 18 juin 2015 prévoit la possibilité pour les ayants droit inscrits au contrat à la date du décès du participant, de bénéficier du maintien de la couverture à l'identique.

Le maintien des garanties peut être accordé **pour une durée maximale d'un an**.

Les ayants droit **doivent en faire la demande dans les 6 mois** suivant le décès du salarié.

Dans ce cas, le maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

Les ayants droit du salarié décédé peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'un contrat individuel.

Les ayants droit doivent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien prévu au paragraphe précédent.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues au tableau 2 des cotisations par les ayants droit de l'assuré décédé directement à l'organisme assureur.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

8.3 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL RÉMUNÉRÉE OU INDEMNISÉE

Le bénéfice du contrat est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité sociale.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations patronales et salariales prévues par le régime.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉE OU NON INDEMNISÉE

Par dérogation, les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties.

Les salariés assument dans ce cas, la charge exclusive des cotisations prévues.

9/AG2R PRÉVOYANCE ASSURE VOTRE CONTRAT

La totalité des opérations de gestion du régime frais de santé est centralisée à Strasbourg chez ARPÈGE PRÉVOYANCE.

ARPÈGE PRÉVOYANCE EST L'INTERLOCUTEUR UNIQUE DES ÉTABLISSEMENTS ET DE LEURS SALARIÉS

Centre de gestion certifié ISO 9001, certification obtenue et confirmée depuis 2008.

ADRESSE POSTALE

2 rue de Reutenbourg
67921 STRASBOURG CEDEX 9

Conformément à l'article 5 de l'accord collectif du 18 juin 2015, chaque établissement reste libre de rendre obligatoire l'adhésion à l'une des options prévues, dans le respect des dispositions du Code de la Sécurité sociale et notamment de ses articles L.242-1, L.911-1 et suivants.

SERVICE ADHÉSION/AFFILIATION

Mise en place du contrat, affiliations, appels de cotisations, édition des cartes de tiers payant

- Téléphone: 03 90 22 84 92
- Adresse mail: adafcoll67@ag2rlamondiale.fr

SERVICE PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

Gestion des remboursements, devis, prises en charge, ...

Téléphone: 03 90 22 84 90
Adresse mail: sante67@ag2rlamondiale.fr

ESPACE INTERNET SÉCURISÉ EN LIGNE POUR LES ÉTABLISSEMENTS

Toutes les entreprises gérées par ARPÈGE PRÉVOYANCE bénéficient d'un espace sécurisé en ligne: l'ESPACE ENTREPRISE.

Celui-ci est très facilement accessible à partir de la page d'accueil de www.arpege-prevoyance.com et

offre un ensemble de services gratuits:

- déclaration des mouvements de personnel;
- édition des bulletins individuels d'affiliation;
- édition de la liste des salariés;
- paramétrage de la déclaration sociale nominative (DSN);
- consultation des taux de cotisations.

Par ailleurs, l'ensemble des services d'ARPÈGE PRÉVOYANCE (service juridique, direction technique, services de gestion, ..) sont constamment à l'écoute des demandes et besoins de leurs clients.

Ils sont prêts à les accompagner et les informer sur **toutes les questions liées à leurs contrats** (taux, affiliations, cotisations, garanties, ..) ou à **l'environnement législatif et réglementaire** (DSN, contrat responsable, socle, ANI, catégories objectives, obligations, etc...).

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

AG2R LA MONDIALE
offre une gamme
étendue de solutions
en protection sociale.

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Plan d'épargne retraite entreprises (Article 83)
Retraite supplémentaire à prestations définies
(Article 39)

ÉPARGNE SALARIALE

Plan épargne entreprise (PEE)
Plan épargne retraite collectif (PERCO)
Compte épargne temps (CET)

PASSIFS SOCIAUX

Indemnités fin de carrière (IFC)
Indemnités de licenciement (IL)

ENGAGEMENT SOCIAL

Prévention et conseil social
Accompagnement

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris Cedex 08
Tél.: 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr



AG2R Prévoyance, membre de AG2R LA MONDIALE - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - 35, boulevard Brune 75014 PARIS - Membre du GIE AG2R RÉUNICA