



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

MFR
CULTIVONS LES RÉUSSITES
Union Nationale



Guide de protection sociale des maisons familiales rurales

Il y a plus de cinquante ans, en créant un régime conventionnel de remboursement des frais de santé, le mouvement familial des MFR porté par les valeurs humaines de solidarité et attaché à la protection sociale des salariés a été précurseur. Depuis et grâce à la mutualisation des risques organisée au niveau de la branche des MFR, l'UNMFREO et les organisations syndicales de salariés ont toujours veillé à ce que le régime mis en place soit de qualité, adapté et au meilleur coût pour les associations et les salariés des MFR.

La mutualisation du régime au niveau national est une nécessité fondamentale et notamment parce que :

- AG2R Prévoyance tarifie pour une grande population à couvrir ce qui permet de bénéficier notamment des tarifs et de frais de gestion réduits.
- Le pilotage paritaire du régime permet d'en contrôler la conformité aux règles de droit, l'application, l'adaptation, l'évolution et d'en assurer la pérennité.
- Le niveau de couverture adéquat repose sur des garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et des contraintes économiques de la branche. L'assureur s'engage sur la qualité de service.
- Les résultats des régimes sont analysés par les partenaires sociaux de la branche et AG2R Prévoyance.
- Les sinistres constatés sur une année dans une MFR sont mutualisés avec ceux des autres MFR, ce qui n'a pas d'impact direct et immédiat sur la cotisation de ladite MFR (compensation).
- L'ensemble des salariés au sein du mouvement se voit appliquer les mêmes règles ce qui permet de garantir une absence de distorsion de concurrence sur le coût du travail au sein du mouvement.
- Les démarches d'adhésion et formalismes administratifs sont facilités et sécurisés pour la MFR.

L'UNMFREO et les organisations syndicales de salariés (CFDT, FO-MFR et la CFE-CGC) ont souhaité mettre à disposition un guide paritaire consacré à la protection sociale au sein des MFR permettant de faciliter la compréhension et l'utilisation des services offerts grâce à la mutualisation du régime au sein des MFR.

Nous avons ainsi le plaisir de vous présenter ce guide pratique, véritable mode d'emploi des services et avantages qui sont réservés aux salariés des MFR construit de manière paritaire pour un objectif commun : celui de conduire une politique responsable et solidaire.

Les partenaires sociaux négociateurs de votre branche professionnelle.



Sommaire

La protection sociale	7
Introduction et explications	8
La santé	9
La MSA : un socle indispensable	11
La prise en charge par la MSA, comment ça marche ?	12
Ce qui n'est pas pris en charge par la MSA	13
Votre régime frais de santé	13
Garanties du régime frais de santé	16
Grille optique « Verres de classe B »	20
La réforme du 100 % santé	21
L'assistance	22
Suspension du contrat de travail	22
La portabilité	22
Le dispositif Loi Evin	23
les avantages du tiers payant	23
Comment lire votre carte de tiers payant	25
Les réseaux partenaires Itelis : des soins de qualité au meilleur prix	26
La prévoyance	27
Quand on parle de « Prévoyance », on entend 3 grands risques couverts :	28
Votre prévoyance collective, des garanties pour surmonter tous les événements graves liés au décès et à la maladie	28
Incapacité de travail	29
Service médical	30
Invalidité	30
Décès	31
Rente éducation	32

Rente de conjoint	33
Suspension du contrat de travail	33
Cotisations prévoyance en cas d'incapacité de travail	33
Les garanties prévoyance ensemble du personnel	34
Site internet dédié aux régimes	37
L'action sociale	39
L'action sociale AG2R LA MONDIALE aujourd'hui	40
Une réponse concrète face à un grand nombre de situations	40
Comment solliciter l'action sociale ?	41
Foire aux questions	43
Rubrique « Espace client »	46



La protection sociale

La protection sociale

Introduction et explications

Qu'appelle-t-on risques sociaux ?

Il s'agit de situations difficiles pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses des salariés.

Le terme « protection sociale » regroupe tous les mécanismes et moyens collectifs permettant à chacun d'entre nous de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux.

La protection sociale contribue à aider les salariés face à certaines situations pour lesquelles une aide matérielle est appréciable, voire souvent indispensable : vieillesse, maladie, invalidité, décès, accident, chômage, charges familiales...

Cette aide est assurée en grande partie par la MSA, mais elle seule ne suffit malheureusement plus aujourd'hui pour couvrir pleinement les dépenses engagées.

La complémentaire santé, et le régime de prévoyance, mis en place par votre branche professionnelle sous forme de contrats collectifs obligatoires vous permettent de bénéficier de garanties adaptées.

Ainsi, en cas de situation difficile, la prévoyance collective vous apporte une garantie financière ainsi qu'à votre famille. De même, grâce à la complémentaire santé, les dépenses médicales, souvent lourdes malgré les remboursements de la MSA, sont allégées.

Dans votre guide, 3 grands thèmes sont abordés :

- la santé,
- la prévoyance,
- l'action sociale.

Vous l'aurez compris, la protection sociale est un sujet majeur !

La santé

La santé

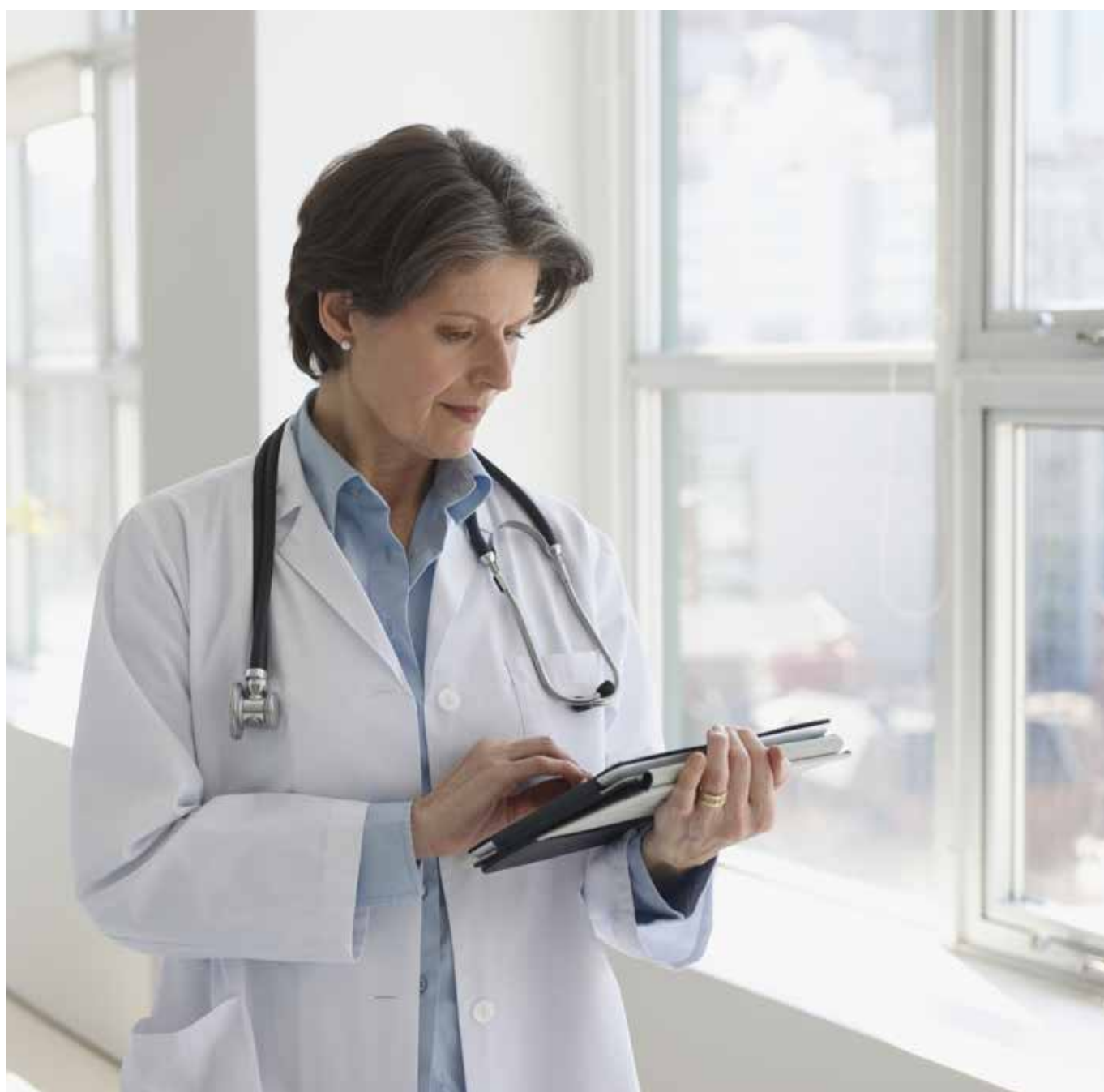
Vous souhaitez mieux comprendre le système de remboursement des frais de santé ?

Découvrez vite dans cette rubrique les bases fondamentales de votre régime de santé.

2 grands organismes

- La MSA

- AG2R Prévoyance :
l'assureur de votre complémentaire santé



La MSA : un socle indispensable

La MSA est votre régime de base

C'est le deuxième régime de protection sociale en France, elle protège l'ensemble de la profession agricole tant salariés que non-salariés. Elle s'appuie sur les valeurs du mutualisme, que sont la solidarité, la responsabilité et la démocratie, pour faire vivre l'ensemble des territoires français.

Ces sont 24 000 délégués cantonaux, élus (employeurs de main d'œuvre – non-salariés – salariés) qui maillent l'ensemble du territoire.

Sa particularité est son guichet unique, c'est-à-dire qu'elle gère l'ensemble des branches de la Sécurité sociale, à savoir la maladie, la famille, la vieillesse, ainsi que les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais également le recouvrement. Elle verse les prestations et assure aussi la collecte et le contrôle des cotisations sociales dues par ses ressortissants employeurs et main-d'œuvre et non-salariés.

Dans le prolongement de sa mission de service public, elle propose une offre de services à l'ensemble de ses ressortissants.

3 principaux régimes existent :

- Le régime général, géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).
- Le régime agricole, géré par la caisse centrale de Mutualité Sociale Agricole (MSA), qui couvre les exploitants et les salariés agricoles.
- Le régime social des indépendants (RSI) qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

La prise en charge par la MSA, comment ça marche ?

Remboursement par la MSA: une étape incontournable

La MSA est le premier intervenant dans le processus de remboursement de vos soins médicaux. C'est un régime obligatoire, c'est-à-dire que toute personne, exploitant ou salarié agricole, résidant en France doit être affiliée à cet organisme d'État.

Attention :

Seule cette feuille de soins permet à la MSA de procéder à votre remboursement.

Le principe du remboursement

- Vous consultez votre médecin.
- À l'issue de cette consultation, une feuille de soins est créée par le médecin, soit par télétransmission via une carte Vitale, soit sur papier (édition d'une feuille de soins à envoyer par courrier).

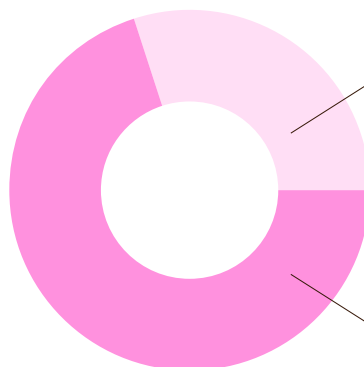
Quel montant de remboursement ?

Le montant du remboursement est calculé en appliquant un taux à un tarif de référence (appelé base de remboursement). La différence entre ce tarif et le remboursement réel est appelée le « ticket modérateur ».

Exemple :

Consultation d'un généraliste = **26,50 €**
Dans le cadre du parcours de soins

Reste donc à votre charge ce qui n'est pas remboursé par la MSA et que l'on appelle le ticket modérateur = **7,95 €**
(26,50 € - 18,55 €)



Remboursement de la MSA = **70% de 26,50 €**
soit 18,55 € - 1€* = 17,55 €

* Participation forfaitaire de 1€.



Ce qui n'est pas pris en charge par la MSA

Le ticket modérateur

Différence entre le tarif de référence de la MSA et le remboursement de votre régime obligatoire.

Le forfait hospitalier

Pour tout séjour supérieur à 24 h dans un établissement de santé, le patient doit régler un forfait journalier hospitalier. Certains motifs d'hospitalisation peuvent permettre au patient d'en être exonéré.

Participation forfaitaire de 1€

S'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin (généraliste ou spécialiste) à son cabinet, à votre domicile ou à l'hôpital, sur les examens radiologiques et les analyses de biologie. Le plafond annuel est de 50€ par an et par personne.

Forfait 18€

Une participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€. Les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé en sont exonérées.

Franchise médicale

S'applique aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires.

Elle est de :

- 0,50€ par boîte de médicaments
- 0,50€ par acte médical dans la limite de 2€ par jour
- 2€ par transport sanitaire dans la limite de 4€ par jour. Le plafond annuel est de 50€ par an et par personne pour l'ensemble des actes. Toutes les personnes sont concernées par la franchise et la participation forfaitaire sauf :
 - les enfants et les jeunes de moins de 18 ans
 - les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) complémentaire ou de l'Aide Médicale de l'État (A.M.E.)
 - les femmes enceintes dès le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.
 - Elles s'appliquent que vous ayez choisi un médecin traitant ou non et que vous respectiez ou non le parcours de soins coordonnés.

Votre régime frais de santé

Votre branche professionnelle (convention collective) a mis en place un régime collectif de complémentaire santé pour l'ensemble des salariés. Ce régime santé collectif permet, pour le salarié, de bénéficier d'une complémentaire santé moins chère qu'une complémentaire santé individuelle avec une prise en charge de la cotisation par l'employeur.

Les garanties complémentaires

Face aux difficultés de son financement, la MSA, comme le régime général, ne peut aujourd'hui vous rembourser qu'une partie de vos frais médicaux. Ses efforts se portent donc sur les « gros risques » (dépenses d'hospitalisation remboursées à 80 %) en défaveur des consultations médicales ou de la pharmacie. Entre 30 et 70 % du coût d'un médicament ou d'une consultation médicale reste à la charge de l'assuré.

Votre régime de complémentaire santé vient alors compléter ce remboursement en prenant en charge la partie des frais de santé non remboursés par la MSA.

Celui-ci permet une meilleure prise en charge des dépenses de santé. Basées sur la mutualisation des risques, les cotisations sont attractives, avec une prise en charge de l'entreprise. Il existe également des dispositifs dans le cadre de la loi Evin et la portabilité.

Les bénéficiaires

L'ensemble du personnel quel que soit la nature du contrat de travail (CDD, CDI) ou l'ancienneté peut bénéficier du régime sauf demande de dispense selon les conditions ci-après. Celui-ci couvre le salarié et ses ayants droit (conjoint, enfants à charge).

Les anciens salariés : retraités (Loi Evin) et leurs ayants droit peuvent également continuer à bénéficier du régime frais de santé, ainsi que les anciens salariés bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes, et les salariés privés d'emplois bénéficiaires de revenus de remplacements avec les tarifications avantageuses.

Les cas de dispense

Vous êtes salarié et dans l'une des situations énumérées ci-dessous :

Vous pouvez demander à être dispensé de l'affiliation au régime frais de santé. Pour cela, le salarié devra compléter la demande de dispense d'affiliation en annexe, et la remettre à son employeur, accompagnée des justificatifs nécessaires (Cf tableau récapitulatif au verso du bulletin de demande de dispense).

Les cas de dispense sont ouverts pour :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à trois mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale (CMUC) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale.

La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide

- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année

Précision

Lorsque deux salariés d'une même MFR sont mariés, l'un des époux pourra faire le choix de ne pas adhérer au régime complémentaire santé, et sera alors affilié en tant qu'ayant droit.

AG2R LA MONDIALE Santé

Dispense d'affiliation Régime collectif et obligatoire CCN des Maisons familiales rurales d'éducation et d'orientation (N° 7508)

Attention à compléter par le salarié souhaitant être dispensé d'affiliation et à remettre à l'employeur (attention et justificatifs à conserver par l'employeur)

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié au régime collectif et obligatoire de frais de santé :

Les conditions pour bénéficier de l'un des cas de dispense ci-dessous sont développées au verso :

Cas N° 1
Salarié(s) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 3 mois, même s'il ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Cas N° 2
Salarié(s) à temps partiel et apprenti dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Cas N° 3
Salarié(s) bénéficiaire d'une couverture frais de santé au titre de la CMU complémentaire (CMU-C) ou au titre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Cas N° 4
Salarié(s) couvert(s) par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche. La dispense ne joue que jusqu'à l'échéance du contrat individuel souscrit.

Cas N° 5
Salarié(s) bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au système annexe de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Précisions :

- Un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise ne peut se dispenser que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.
- Deux conjoints salariés d'une même MFR peuvent faire le choix de s'affilier au régime complémentaire au titre de la même adhésion. L'un en nom propre, l'autre en tant qu'ayant droit. Cette affiliation en tant qu'ayant droit pourra se faire dès lors que les salariés en question satisfont aux conditions liées à ces modalités d'affiliation particulières.
- Nom et prénom de l'assuré(s) principal(s) :

Non et prénom de l'ayant droit :

J'ai été préalablement informé(x) par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé.

En renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre du régime si (et) des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident.

Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnié et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi 89-1009 dite loi loi.

J'atteste l'exclusion des renseignements portés au présent document, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation.

J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (Cf. ci-dessous).

Fait à :
Date :
Signature obligatoire du salarié

Vous êtes invité à adresser votre demande de dispense d'affiliation à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE Santé, 100 rue de la République, 92000 Nanterre, France. Vous pouvez également adresser votre demande de dispense d'affiliation à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE Santé, 100 rue de la République, 92000 Nanterre, France. Vous pouvez également adresser votre demande de dispense d'affiliation à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE Santé, 100 rue de la République, 92000 Nanterre, France. Vous pouvez également adresser votre demande de dispense d'affiliation à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE Santé, 100 rue de la République, 92000 Nanterre, France.

Récapitulatif des cas de dispense de droit et chaque santé - uniquement en frais de santé

Cas de dispense de droit	Date à laquelle le salarié peut renouveler la dispense	Conditions
1. CDD ou contrat de mission si la durée de la couverture frais de santé < à 3 mois.	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective.	Aucune
2. Salarié(s) à temps partiel et apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective.	Aucune
3. Salarié(s) bénéficiaire de la CMU complémentaire (CMUC) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective. Ou, à la date à laquelle la couverture CMUC ou ACS prend effet.	Justifier d'une attestation d'assurance santé et justifier du bénéfice de la CMUC ou de l'ACS, à fournir chaque année. La dispense joue tant que le salarié bénéficie de la CMUC ou de l'ACS.
4. Salarié(s) couvert(s) par une assurance individuelle frais de santé.	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective.	Justifier d'une attestation d'assurance individuelle santé avec mention de l'échéance. La dispense ne joue que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
5. Salarié(s) bénéficiaire pour les mêmes risques - en tant qu'ayant droit de son conjoint salarié - d'une couverture frais de santé servie au titre d'un contrat obligatoire.	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective. Ou, à la date à laquelle la couverture dont bénéficie par ailleurs le salarié prend effet.	Justificatif à fournir chaque année.

Le chaque santé
Un salarié en CDD ou contrat de mission dont la durée de couverture de frais de santé (hors période de portabilité) est inférieure à 3 mois pourra bénéficier du chaque santé à condition :
- d'être détenteur d'un contrat de frais de santé individuel répondant aux critères contrat responsable ;
- de ne pas être bénéficiaire d'une couverture CMUC ou ACS ;
- de ne pas être bénéficiaire d'un contrat collectif et obligatoire (y compris en tant qu'ayant droit) par l'intermédiaire d'un autre emploi ;
- de ne pas être bénéficiaire d'un régime de prévoyance de la Fonction publique et/ou de la Fonction publique territoriale.

À tout moment le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, son affiliation à la garantie frais de santé. En tout état de cause, les salariés devront s'affilier et cotiser à la garantie frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ouvrant droit au bénéfice d'une dispense d'affiliation.

Avertissement :
Ce document est d'ordre indicatif, ne constitue pas un engagement de l'employeur. Il appartient à l'employeur, seule compétente en la matière, de vérifier la situation des salariés renouvelant la dispense et de conserver la demande de dispense d'affiliation ainsi que les justificatifs fournis.

AG2R Prévoyance Affiliation de prévoyance obligatoire - Code de la Sécurité sociale - Officiel de AG2R LA MONDIALE et AG2R AG2R - 100 rue de la République, 92000 Nanterre - FRANCE 0039 333 225 270

Les atouts

La mutualisation est l'outil indispensable pour organiser l'unité au sein d'une branche professionnelle. Grâce à celle-ci, votre régime vous permet de bénéficier de nombreux avantages.

- Garantie d'accès à tous les salariés de la branche aux garanties collectives, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé.
- Solidarité entre toutes les entreprises et tous les salariés bénéficiaires de la profession (mêmes cotisations et mêmes garanties).
- Pilotage paritaire avec un socle de garanties adapté aux métiers de la branche, destiné à permettre à tous les salariés d'accéder aux garanties de santé (et de prévoyance) dans des conditions financières performantes.
- Couverture de toute la famille avec une prise en charge de la cotisation par l'employeur.
- Possibilité de bénéficier des mêmes garanties pour les retraités, salariés licenciés... (Loi EVIN) à un tarif préférentiel.
- Possibilité de maintenir la couverture pour les salariés en suspension de contrat de travail non rémunérée (sous condition du paiement intégral de la cotisation).
- Prise en charge des médecines douces non remboursées par le régime de base, versement d'une prime en cas de naissance,...
- Tarifs préférentiels grâce à un réseau de soins optique et audio prothèses.
- Action sociale qui permet de venir en aide aux salariés rencontrant des difficultés financières.

Les cotisations (tarifs au 1^{er} janvier 2024)

Salariés actifs

Cotisation pour toute la famille : salarié et ses ayants droit

111,20 € par mois

- Non cadres :

Part salariale 44,48 €

Part patronale 66,72 €

- Cadres :

Part salariale 50,04 €

Part patronale 61,16 €

Anciens salariés

Cotisation adulte

1^{re} année : 63,07 € par mois

2^e année : 78,84 € par mois

3^e année : 94,61 € par mois

A compter de la 4^e année : 120,72 € par mois

Cotisation ayants droit de l'ancien salarié

Adulte

120,72 € par mois

Enfant (gratuité à compter du 3^e enfant)

38,94 € par mois

Pour les salariés actifs, la part salariale de la cotisation sera directement prélevée sur le bulletin de salaire sous déduction de la participation de l'employeur.

Garanties du régime frais de santé

En vigueur au 1^{er} janvier 2024

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les 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 limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

RSS : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par 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)

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
Hospitalisation	
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité	
Frais de séjour	150 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	150 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR
Chambre particulière	60 € par jour (Néant en non conventionné)
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	23 € par jour
Transport	
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
Généralistes (Consultations et visites)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	150 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	150 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
Non remboursés par la Sécurité sociale	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étiopathie, naturopathie, phytothérapie, ergothérapie, diététique (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40 € par acte limité à 4 actes par année civile
Psychologue (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Crédit de 160 € par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR
Médicaments	
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + Crédit de 500 € par année civile
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR
Aides auditives	
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽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 pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	100 % BR + 500 € ⁽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) ⁽³⁾	100 % BR + 250 € ⁽³⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR

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

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

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

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
Dentaire	
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
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Prothèses	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
- Inlay, onlay	180 % BR dans la limite des HLF
- Inlay core	175 % BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
- Inlay, onlay	180 % BR
- Inlay core	175 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale	
Orthodontie	400 % BR
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 1500 € par 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.

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
Optique	
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de classe A : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Monture de classe A : enfant de -16 ans ⁽²⁾	
Verres de classe A : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	
Verres de classe A : enfant de -16 ans ⁽²⁾	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de classe B : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	100 €
Monture de classe B : enfant de -16 ans ⁽²⁾	
Verres de classe B : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
Verres de classe B : enfant de -16 ans ⁽²⁾	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné

Optique

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
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
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 145 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	Crédit de 150 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 500 € 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.
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.

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :
 - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

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

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
 - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
 - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
 - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

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

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
 - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.
- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;
 - une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) 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.

Grille optique « Verres de classe B »

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de -16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à +6 (*)	90 €	70 €
		SPH < à -6 ou > à +6	140 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ +4	90 €	80 €
		SPH > 0 et s ≤ +6	90 €	80 €
		SPH > 0 et s > +6	150 €	110 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	150 €	110 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > +4	120 €	95 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à +4	210 €	120 €
		SPH < à -4 ou > à +4	260 €	120 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ +4	230 €	165 €
		SPH > 0 et s ≤ +8	230 €	165 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > +4	300 €	165 €
		SPH > 0 et s > +8	300 €	165 €
		SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	300 €	165 €

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
Autres frais	
Cure thermale remboursée Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	100% BR + Forfait de 140 €
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	250 €
Garantie assistance	
Assistance	Prima assistance - Convention n° 620339

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

La réforme du 100 % santé

De nombreux Français renoncent à s'équiper d'une paire de lunettes à leur vue, à se faire poser une prothèse dentaire ou à s'équiper d'une aide auditive.

Le 100 % santé vise à donner accès à des soins de qualité intégralement pris en charge par la MSA et la complémentaire santé dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

La réforme propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique. Ces paniers intègrent un large choix d'équipements de qualité qui seront pris en charge intégralement et sans frais

supplémentaire à la charge de l'assuré, de manière progressive du 1^{er} janvier 2020 au 1^{er} janvier 2021.

Les assurés qui choisiront les soins du panier 100 % Santé n'auront donc plus de frais à leur charge. Mais ceux qui le souhaitent auront la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100 % Santé.

Les professionnels de santé auront désormais l'obligation de proposer un devis pour les équipements 100 % santé.

Par exemple, chez un opticien, vous pourrez obtenir plusieurs devis :

- Un devis 100 % santé sans reste à charge
- Un devis « équipement libre », qui prendra en compte les prestations prévues au titre du contrat frais de santé dont vous bénéficiez. Au-delà, les sommes seront donc à votre charge
- Un devis avec la possibilité de panacher, et prendre les verres 100 % santé (sans reste à charge) et une monture de votre choix (remboursée à hauteur de 61 € par le régime complémentaire frais de santé), avec reste à charge éventuel sur le prix de la monture

100% santé = 0 reste à charge

Prise en charge intégrale de certaines prestations par :

- la MSA
- les complémentaires santé

Obligation pour les professionnels de santé de proposer des devis pour des équipements sans reste à charge.

Une condition : être équipé d'un contrat de complémentaire santé responsable.

En fonction de ses besoins (âge, risque, pathologie chronique, antécédent...), chacun est libre de souscrire, ou non, à une mutuelle, au tarif qu'il souhaite. La solution collective est de loin préférable (pas de questionnaire médical ni de délai d'attente).

Avec votre complémentaire santé, vos ayants droit sont également couverts

L'ayant droit, c'est qui ? Personne qui bénéficie des garanties en raison de son lien familial avec l'assuré.

L'assistance

Prima Assistance

Aide à destination du salarié, son conjoint ou son concubin (y compris la personne ayant conclu un PACS) non séparés, ses enfants fiscalement à charge et tout ascendant vivant sous le toit du souscripteur et fiscalement à charge.

Elle s'exerce, dans la vie de tous les jours, au domicile ou en déplacement, dans divers domaines tels que :

- Hospitalisation,
- Décès,
- Juridique.

Suspension du contrat de travail

Le régime de santé est maintenu aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, pendant la période de maintien total ou partiel de l'employeur, de versement des indemnités journalières complémentaires ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Le salarié et l'employeur sont tenus d'acquitter leur quote-part de cotisation.

Dès lors qu'il n'y a pas de maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, les garanties santé pourront être maintenues à la demande du salarié, celui-ci devra alors s'acquitter de la contribution totale directement auprès d'AG2R Prévoyance.

La portabilité

La portabilité permet aux salariés en cas de cessation de leur contrat de travail, de bénéficier, selon certaines conditions du maintien des garanties santé et prévoyance appliquées dans leur ancienne entreprise pendant une partie de leur période de chômage.

Quels sont les bénéficiaires ?

Les bénéficiaires sont les salariés et leurs ayants droit.

Pour être bénéficiaires, les salariés doivent répondre aux conditions suivantes :

- contrat de travail rompu (hors faute lourde) ouvrant droit à l'assurance chômage (fin de CDD, licenciement, rupture conventionnelle homologuée, démission pour suivi de conjoint),
- droits à garanties ouverts chez le dernier employeur (si le salarié a demandé une dispense lors de son embauche, il ne pourra prétendre à la portabilité),
- bénéfice des indemnités chômage versées par Pôle Emploi.

Ansi, la démission n'ouvre pas droit en principe à la portabilité sauf la démission pour motif légitime (par exemple, le départ pour suivre le conjoint qui change de lieu de résidence pour exercer un nouvel emploi).

Quelle est la durée du maintien des garanties Santé et Prévoyance ?

Elle est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou 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 12 mois.

Exemples :

Un salarié en poste au sein de la MFR depuis plus de quatre ans conclut une rupture conventionnelle. Il pourra bénéficier des droits à la portabilité pendant 12 mois.

Un salarié est embauché en CDD de remplacement pour 3 mois renouvelé une fois pour 3 mois encore. Le salarié pourra bénéficier de la portabilité pendant 6 mois.

Un autre salarié est licencié après avoir été en poste pendant 11 mois et 2 jours. Il pourra bénéficier de la portabilité pendant 12 mois.

La portabilité cesse :

- à la fin de la durée des droits à la portabilité
- si le salarié retrouve un nouvel emploi
- si le salarié liquide sa retraite de base
- si le salarié ne justifie pas de sa situation auprès d'AG2R Prévoyance

L'entreprise et/ou l'ancien salarié doit :

- Signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié,
- Informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail, la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, une attestation justifiant le statut de demandeur d'emploi et le cas échéant (pour la portabilité santé) des cartes de tiers payant en cours de validité auprès du Centre de Gestion,
- Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou les ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :
 - la reprise d'un autre emploi,
 - l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
 - la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Le dispositif Loi Evin

La demande de maintien des garanties doit être faite dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle le salarié a bénéficié de la portabilité.

Celui-ci devra compléter, signer et retourner le bulletin d'affiliation dédié au Centre de Gestion accompagné de sa carte de tiers-payant. Une nouvelle carte sera adressée dès réception du bulletin d'affiliation au dispositif Loi Evin.

Les remboursements sont identiques à ceux des salariés, seuls diffèrent le montant de la cotisation mensuelle au régime frais de santé et son mode de financement. En effet, le nouveau montant figurera sur la fiche tarifaire jointe au bulletin individuel d'affiliation. La cotisation sera intégralement à la charge de l'assuré et sera soumise aux indexations du régime. Elle sera prélevée, trimestriellement à terme d'avance, directement sur le compte bancaire de l'assuré.

Les ayants droit d'un assuré décédé

Le maintien de la garantie santé est octroyé à titre gratuit pendant 12 mois aux ayants droit d'un assuré décédé.

les avantages du tiers payant

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition une carte de tiers payant qui permet de bénéficier gratuitement 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 MSA,
- 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.

Chez les autres professionnels de la santé

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers-payant, connectez-vous sur votre espace client.

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.

www.ag2rlamondiale.fr



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 18 €/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 restante éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 14 000 opticiens.

Notre service Transparence OPTIQUE : Estimation de vos remboursements

Avant l'achat d'une paire de lunettes ou de lentilles, nous vous invitons à envoyer par courrier ou par fax un devis optique à votre centre de gestion. Vous recevrez en retour un document vous indiquant précisément le montant du remboursement du régime de base, d'AG2R LA MONDIALE et de votre reste à charge éventuel.

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.

Notre service Transparence dentaire : Estimation de vos remboursements

- Avant tout engagement, il est conseillé de demander un devis détaillé à votre praticien.
- Vous adressez à votre centre de gestion le devis complété, pour connaître le montant du remboursement et de votre reste à charge.

Comment lire votre carte de tiers payant

Nom et prénom des assurés

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

Période de validité

BENEFICIAIRE : NOM - PRÉNOM QUALITÉ - DATE DE NAISSANCE		NNI	021 PHAR	021 MGS*	021 RAD*	021 AUX	021 BIO	021 TRA	021 SE*	021 SDENT	HOSP	PROD
DUPONT ANTOINE 10032832378 Adhérent	Né(e) le 19/08/1950	1500000000000	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC
DUPONT CLAIRE 10032832379 Ayant droit	Né(e) le 11/07/1954	2540000000000	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC

*TP si respect parcours de soins. PEC en optique, audio, dentaire et hospi. Partenaires Itelis OPT, AUD : www.itelis.fr

AG2R LA MONDIALE - TSA 80001 - 69955 LYON CEDEX 20 - www.ag2rmondiale.fr - Service clients 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

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

Les taux indiqués ne remettent pas en cause les garanties supérieures éventuellement souscrites mais concernent les modalités de tiers payant.

Ayez le bon réflexe

Avant d'engager des frais en dentaire, optique et audiology, envoyez le devis à votre centre de gestion. Vous pourrez ainsi engager vos dépenses en toute connaissance de cause.



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 service préférentiels.

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

En optique

- Des économies moyennes de 40 % sur les verres,
- une réduction minimale de 15 % sur les montures et produits para-optique (lunettes de soleil...),
- la qualité des verres fabriqués par des grands verriers,
- une garantie casse de 2 ans sans franchise pour la monture et les verres.

Chez les audioprothésistes

- 15 % d'économie moyenne sur les aides auditives,
- 0 % à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires,
- un contrôle annuel de l'audition,
- la garantie panne sans franchise de 4 ans,
- le prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement.



La prévoyance

La prévoyance

Les institutions de prévoyance complémentaire jouent un rôle essentiel dans l'indemnisation des salariés. Elles viennent compléter les prestations de la MSA contre les risques maladie, accident, ou décès.

Quand on parle de « Prévoyance », on entend 3 grands risques couverts :

Incapacité de travail, Invalidité et Décès

La prévoyance, c'est la capacité à prévenir et se prémunir contre les risques de l'existence. Dans l'univers de la protection sociale, la prévoyance est assurée par le biais de deux circuits : les prestations de la MSA (le régime obligatoire) et celles des organismes complémentaires.

En France, la MSA ne peut prendre en charge qu'une partie de ces risques. En cas d'invalidité, elle ne vous permet pas, seule, de maintenir vos revenus. En cas de décès, par exemple, le capital perçu par vos bénéficiaires est quasi inexistant.

Votre prévoyance collective, des garanties pour surmonter tous les événements graves liés au décès et à la maladie

La prévoyance collective est le fruit d'une négociation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés de la branche.

Sa nature « collective » permet de mutualiser les sinistres et offre ainsi aux salariés la possibilité de s'assurer à un tarif intéressant. L'employeur, dans le cadre de contrats de prévoyance obligatoire, prend de son côté en charge une partie des cotisations. En contrepartie, sa participation est déductible de l'impôt sur les sociétés et il bénéficie, dans une certaine limite, d'exonération de charges sur ces cotisations.

Le salarié bénéficie aussi d'un avantage fiscal et social : déduction de l'impôt sur le revenu et exonération de cotisations sociales sur sa participation dans certaines limites.

Pour les salariés, c'est l'assurance d'être couverts en cas d'évènements graves et de prévoir leur avenir

Votre couverture de prévoyance permet :

- de maintenir partiellement le salaire en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité,
- de garantir un capital et des rentes au conjoint et aux enfants en cas de décès du salarié.

Pleins feux sur 6 intérêts majeurs de votre contrat de prévoyance obligatoire :

1. Mutualisation des risques et du financement entre les salariés, qui bénéficient tous ainsi d'un tarif avantageux !
2. Pas de sélection médicale : tous les salariés sont couverts !
3. En cas de rupture du contrat ou disparition de l'entreprise, les garanties en cours de versement sont maintenues (loi Evin de 1989).
4. Revalorisation régulière des indemnités journalières (loi Veil de 1994).
5. Financement partagé entre employeur et salarié.
6. Portabilité des droits.

Incapacité de travail

Définition de l'incapacité de travail

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle constatée par une autorité médicale, ouvrant droit à des indemnités journalières de la MSA au titre de la législation maladie (Livre III - titre II du Code de la Sécurité sociale) ou de la législation accident du travail / maladie professionnelle (Livre IV du Code de la Sécurité sociale).

Le salarié en arrêt de travail ne perçoit de la MSA qu'une indemnité journalière de 50 % du montant du salaire journalier de base (Celui ci est calculé sur la moyenne des salaires des 3 derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur). L'employeur est également tenu de compenser cette perte de salaire à un niveau et sur une durée variable en fonction de l'ancienneté du salarié et de la cause de l'arrêt de travail.

Dispositions conventionnelles relatives au maintien de salaire

En cas de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le personnel peut obtenir par année civile et sur production d'un certificat médical :

Après 6 mois de présence dans l'Institution :

1 mois à 100 % du salaire net

Au bout d'un an de présence dans l'institution :

1 mois ½ à 100 % du salaire net

Au bout de 3 ans de présence dans l'institution :

2 mois ½ à 100 % du salaire net

Au bout de 5 ans de présence dans l'Institution :

3 mois ½ à 100 % du salaire net

Garantie de votre régime complémentaire

Garantie	Montant
Incapacité Temporaire de Travail	
Franchise fixe et continue	30 jours
Montant de la prestation	40 % du salaire de référence en complément des prestations brutes versées par le Régime de base

Accident du travail :

«Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail de toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise».

Le salarié en arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle perçoit des indemnités journalières de la MSA à partir du lendemain du jour de l'accident, sans délai de carence. Les règles conventionnelles relatives au maintien de salaire s'appliquent de la même manière que pour un arrêt de travail.

- Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de votre travail : l'indemnité journalière est égale à 60% de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 205,84€ au 1^{er} Janvier 2022.

- À partir du 29^e jour d'arrêt de travail : l'indemnité journalière est majorée et portée à 80% de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 274,46€ au 1^{er} Janvier 2022.

- Au-delà de trois mois d'arrêt de travail : l'indemnité journalière peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires après l'accident.

Définition du salaire de référence

Somme des traitements perçus par l'intéressé pendant les 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel a eu lieu l'événement ouvrant droit aux prestations. Ce salaire est limité à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Service médical

Un mécanisme de service médical est mis en place dans la branche par les partenaires sociaux.

Ainsi, lors de la demande de prestations et à tout moment durant le versement des prestations, AG2R Prévoyance peut diligenter un service médical afin de pouvoir constater de la gravité de l'état du salarié (niveau d'incapacité ou d'invalidité) ainsi que la régularité du montant des prestations.

Ce service médical est couvert par le secret médical et permet de recueillir des éléments à vocation statistique afin de mieux identifier les causes des différents arrêts de travail et réfléchir à la mise en place d'actions de prévention.

La subrogation est une avance faite par l'employeur qui a pour but de payer la totalité du salaire et de se faire rembourser une partie des sommes versées par la MSA et AG2R Prévoyance. La MFR est tenue de pratiquer la subrogation durant la période de maintien de salaire.

À l'issue de cette période, la subrogation n'est plus obligatoire. Il appartiendra alors à la MFR de reverser les prestations d'AG2R Prévoyance reçues pour le compte du salarié.

Invalidité

Définition de l'invalidité

Est considéré comme invalide, le salarié classé par la MSA dans la 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité prévue par les articles L.341-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à savoir :

- 1^{re} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée,
- 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession ou une activité lui procurant gain ou profit.

- 3^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Au-delà de 1095 jours d'arrêt de travail continu ou en cas de reconnaissance d'invalidité par la MSA, cette dernière verse une pension d'invalidité sous certaines conditions.

Montants des pensions d'invalidité de la MSA au 1^{er} janvier 2022

Pension invalidité	Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les dix meilleures années d'activité	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1 ^{re} catégorie	30 %	297,20€	1028,40€
2 ^e catégorie	50 %	297,20€	1714€
3 ^e catégorie	50 % + majoration pour tierce personne (aide à domicile par ex)	1423,61€	2840,41€

Garantie de votre régime complémentaire

Garantie	Montant
Invalidité	
Montant de la rente 1 ^{re} catégorie	Versement d'une rente égale à 40 % du salaire de référence en complément des prestations brutes versées par le Régime de base
Montant de la rente 2 ^e et 3 ^e catégorie	Versement d'une rente égale à 40 % du salaire de référence en complément des prestations brutes versées par le Régime de base

Définition du salaire de référence

Somme des traitements perçus par l'intéressé pendant les 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel a eu lieu l'événement ouvrant droit aux prestations. Ce salaire est limité à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Décès

Définition du capital décès de la MSA

Garanti par l'assurance décès du régime de base, le droit au capital décès est ouvert en cas de décès d'un assuré social, à la personne qui était son ayant droit. Depuis le 1^{er} janvier 2015, le capital décès, versé par les caisses primaires d'assurance maladie, est égal à un montant forfaitaire fixé par décret et revalorisé chaque année (3476 € au 1^{er} avril 2021). Il permet aux proches de faire face aux frais immédiats entraînés par le décès.

Il est attribué en priorité aux personnes qui étaient à charge totale, effective et permanente de l'assuré décédé. Si aucune demande de priorité n'est adressée dans le délai d'un mois, le capital décès est versé au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire lié par un Pacs, ou à défaut, aux descendants ou aux ascendants.

Le capital décès peut être demandé dans un délai de 2 ans à compter de la date du décès. Le droit au capital décès est ouvert si le défunt était dans l'une des situations suivantes durant les trois mois précédant son décès :

- il exerçait une activité salariée ;
- il percevait une indemnisation par Pôle emploi ;
- il était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident de travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;
- il était en situation de maintien de droits.

Garantie de votre régime complémentaire

Le capital décès versé par la MSA étant très faible, votre régime de prévoyance vient compléter celui-ci pour faire face à la perte de revenus liée au décès du salarié.

Le capital décès versé dépend de la situation familiale du salarié.

Garantie	Montant
Décès	
Quels que soient l'âge du salarié et la cause du décès <ul style="list-style-type: none">- Célibataire, Veuf, Divorcé sans personne à charge- Marié, pacsé, concubin sans personne à charge- Célibataire, Veuf, Divorcé avec une personne à charge- Marié, pacsé, concubin avec une personne à charge- Majoration par personne à charge supplémentaire	<ul style="list-style-type: none">- Versement d'un capital égal à 90 % du salaire de référence- Versement d'un capital égal à 180 % du salaire de référence- Versement d'un capital égal à 225 % du salaire de référence- Versement d'un capital égal à 225 % du salaire de référence- Majoration du capital égal à 45 % du salaire de référence
Invalidité absolue et définitive (I.A.D)	
<ul style="list-style-type: none">- Classement en invalidité 3^e catégorie	<ul style="list-style-type: none">- Versement par anticipation de la moitié du capital décès. L'autre moitié étant versée au décès.
Double Effet	
<ul style="list-style-type: none">- Décès du conjoint non remarié quel que soit son âge survenant postérieurement ou simultanément au décès du salarié	<ul style="list-style-type: none">- Versement d'un capital identique à celui versé au décès du salarié, aux enfants à charge, réparti par parts égales entre eux
Pré-décès	
<ul style="list-style-type: none">- Du conjoint, du concubin, du Partenaire lié par un PACS- Ou d'un enfant à charge	<ul style="list-style-type: none">- Versement d'une allocation égale à 50 % du salaire de référence- Versement d'une allocation égale à 20 % du salaire de référence dans la limite des frais réellement engagés pour les enfants de 12 ans et moins

Le capital décès est versé aux bénéficiaires désignés librement par le salarié.

À défaut de désignation particulière ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé en fonction de la dévolution contractuelle suivante :

- au conjoint du participant, non séparé de droit ou de fait ;
- à défaut, au partenaire lié par un PACS (pacte civil de solidarité) ou à défaut, au concubin ;
- et, à défaut par parts égales entre eux :
 - aux enfants du participant, dont la filiation avec ce dernier (y compris adoptive) a été légalement établie ;

- à défaut, à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendance directe, à ses parents ou grands-parents survivants ;
- à défaut de tous les susnommés, le capital revient à la succession pour suivre la dévolution légale.

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le salarié peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente par courrier adressé à :
AG2R DB - TSA 50031 - 33688 MÉRIGNAC CEDEX

Conformément à la loi cette désignation particulière peut être également établie par acte authentique ou acte sous seing privé notifié à l'Institution préalablement au décès du salarié.

Définition du salaire de référence

Somme des traitements perçus par l'intéressé pendant les 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel a eu lieu l'événement ouvrant droit aux prestations. Ce salaire est limité à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Rente éducation

Définition de la rente éducation

Elle se matérialise par le versement d'une rente aux enfants à charge de l'assuré décédé ou reconnu en état d'invalidité permanente et définitive. Elle est versée aux enfants désignés dans le cadre du contrat et reconnus comme ayant été à la charge de l'assuré décédé.

En pratique, la rente éducation est versée jusqu'au 18^e anniversaire des enfants bénéficiaires, 25 ans dans le cas de poursuite d'études.

Garantie de votre régime complémentaire

Garantie	Montant
Rente Éducation	
En cas de décès du salarié quel que soit son âge, versement au profit de chaque enfant à charge d'une rente temporaire dont le montant annuel représente : <ul style="list-style-type: none">- Enfant jusqu'à 6 ans- Enfant âgé de 7 à 11 ans- Enfant âgé de 12 à 21 ans (25 ans si poursuite d'études)	<ul style="list-style-type: none">- 6 % du salaire de référence- 8 % du salaire de référence- 10 % du salaire de référence

Définition du salaire de référence

Somme des traitements perçus par l'intéressé pendant les 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel a eu lieu l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire est limité à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.



Rente de conjoint

Définition de la rente de conjoint

La rente de conjoint a pour but de compléter les pensions de réversion des régimes complémentaires de retraite. Elle est constituée d'une rente viagère à laquelle s'ajoute une rente temporaire.

Si le conjoint survivant remplit les conditions d'ouverture des droits de réversion des régimes de retraite complémentaires dès le décès, il perçoit une rente viagère en complément de sa pension de réversion.

Si le conjoint survivant ne remplit pas les conditions d'ouverture des droits de réversion des régimes de retraite complémentaires au moment du décès, il perçoit une rente temporaire en complément de la rente viagère. Une fois ses droits à pension de réversion ouverts, il ne lui sera versé que la rente viagère.

Garantie de votre régime complémentaire

Garantie	Montant
Rente de conjoint (Garantie assurée par l'OCIRP)	
En cas de décès du salarié, un complément de revenu est versé au bénéficiaire :	
- Conjoint survivant, concubin ou Partenaire lié par un PACS	- Versement d'une rente temporaire d'un montant égal à 0,31% du salaire de référence x (X* - 20) - Versement d'une rente viagère d'un montant égal à 0,43% du salaire de référence x (65 - X*) - À ces rentes, s'ajoute une majoration de 10% par enfant à charge
- Orphelin de père et de mère	- Versement d'une rente temporaire d'un montant égal à 0,37% du salaire de référence x (65 - X*), jusqu'à 21 ans, 25 ans (si poursuite d'études, demandeur d'emploi ou sans limitation d'âge en cas d'invalidité reconnu avant le 21 ^e anniversaire)
- Autre bénéficiaire (célibataire, veuf, divorcé)	- Versement d'un capital égal à 43,75% du salaire de référence

*X: Représente l'âge du participant au moment du décès.

Ce salaire est limité à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Définition du salaire de référence

Somme des traitements perçus par l'intéressé pendant les 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel a eu lieu l'événement ouvrant droit aux prestations.

Suspension du contrat de travail

Le régime de prévoyance est maintenu aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, pendant la période de maintien total ou partiel de l'employeur, de versement des indemnités journalières complémentaires ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Le salarié et l'employeur sont tenus d'acquitter leur quote-part de cotisation.

Cotisations prévoyance en cas d'incapacité de travail

Un salarié en arrêt de travail pour maladie ou accident et indemnisé à ce titre par AG2R Prévoyance bénéficie du maintien des garanties prévoyance sans contrepartie des cotisations, à compter du premier jour d'indemnisation de la période d'incapacité de travail garantie par l'organisme assureur. L'exonération de cotisations cesse dès le premier jour de reprise du travail par le salarié ou dès la cessation ou suspension des prestations de l'organisme assureur.

Les garanties prévoyance ensemble du personnel

Convention collective nationale des maisons familiales et rurales d'éducation et d'orientation (7508)

Date d'effet: 1^{er} janvier 2022

Garanties	Montant
Incapacité Temporaire de Travail	
<ul style="list-style-type: none"> - Franchise fixe et continue - Montant de la prestation 	<ul style="list-style-type: none"> - 30 jours - 40 % du salaire de référence⁽¹⁾ en complément des prestations brutes versées par le Régime de base
Le total des prestations complémentaires versées, des prestations du régime de base et éventuellement du salaire partiel maintenu par l'employeur au titre d'une activité réduite, ne peut excéder le salaire net d'activité du salarié	
Invalidité	
- Montant de la rente 1 ^{er} catégorie	- Versement d'une rente égale à 40 % du salaire de référence ⁽¹⁾ en complément des prestations brutes versées par le Régime de base
- Montant de la rente 2 ^e et 3 ^e catégorie	- Versement d'une rente égale à 40 % du salaire de référence ⁽¹⁾ en complément des prestations brutes versées par le Régime de base
Le cumul des prestations servies avec toute rémunération ou revenu de remplacement ne peut conduire le salarié à percevoir une rémunération supérieure au salaire net d'activité du salarié	
Invalidité absolue et définitive (I.A.D)	
Classement en invalidité 3 ^e catégorie	- Versement par anticipation de la moitié du capital décès. L'autre moitié étant versée au décès.
Décès	
<ul style="list-style-type: none"> - Quels que soient l'âge du salarié et la cause du décès - Célibataire, Veuf, Divorcé sans personne à charge - Marié, pacsé, concubin sans personne à charge - Célibataire, Veuf, Divorcé avec une personne à charge - Marié, pacsé, concubin avec une personne à charge - Majoration par personne à charge supplémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Versement d'un capital égal à 90 % du salaire de référence⁽¹⁾ - Versement d'un capital égal à 180 % du salaire de référence⁽¹⁾ - Versement d'un capital égal à 225 % du salaire de référence⁽¹⁾ - Versement d'un capital égal à 225 % du salaire de référence⁽¹⁾ - Majoration du capital égal à 45 % du salaire de référence⁽¹⁾
Double Effet	
Décès du conjoint non remarié quel que soit son âge survenant postérieurement ou simultanément au décès du salarié	- Versement d'un capital identique à celui versé au décès du salarié, aux enfants à charge, réparti par parts égales entre eux
Pré-décès	
Du conjoint, du concubin, du Partenaire lié par un PACS ⁽²⁾ ou d'un enfant à charge	<ul style="list-style-type: none"> - Versement d'une allocation égale à 50 % du salaire de référence⁽¹⁾ - Versement d'une allocation égale à 20 % du salaire de référence⁽¹⁾ dans la limite des frais réellement engagés pour les enfants de 12 ans et moins
Rente Éducation	
En cas de décès du salarié quel que soit son âge, versement au profit de chaque enfant à charge d'une rente temporaire dont le montant annuel représente :	
Enfant jusqu'à 6 ans	6 % du salaire de référence ⁽¹⁾
Enfant âgé de 7 à 11 ans	8 % du salaire de référence ⁽¹⁾
Enfant âgé de 12 à 21 ans (25 ans si poursuite d'études)	10 % du salaire de référence ⁽¹⁾

Rente de conjoint (Garantie assurée par l'OCIRP)

En cas de décès du salarié quel que soit son âge, un complément de revenu est versé au bénéficiaire sans condition d'âge ni de ressources :

- Conjoint survivant, concubin ou Partenaire lié par un PACS

- Orphelin de père et de mère

- Autre bénéficiaire (célibataire, veuf, divorcé)

- Versement d'une rente temporaire⁽³⁾ d'un montant égal à 0,31% du salaire de référence⁽¹⁾ x (X* - 20)
- Versement d'une rente viagère⁽³⁾ d'un montant égal à 0,43 % du salaire de référence⁽¹⁾ x (65 - X*)
- À ces rentes, s'ajoute une majoration de 10 % par enfant à charge
- Versement d'une rente temporaire d'un montant égal à 0,37% du salaire de référence⁽¹⁾ x (65 - X*), jusqu'à 21 ans, 25 ans (si poursuite d'études, demandeur d'emploi ou sans limitation d'âge en cas d'invalidité reconnu avant le 21^e anniversaire)
- Versement d'un capital égal à 43,75 % du salaire de référence⁽¹⁾

(1) **Salaire de référence (pour les garanties Décès, Rente éducation et Incapacité temporaire de travail)** : somme des traitements perçus par l'intéressé pendant les 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel a eu lieu l'évènement ouvrant droit aux prestations. Ce salaire est limité à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Salaire de référence (pour la garantie Rente de conjoint OCIRP) : Salaire annuel brut perçu par le participant au cours de l'année civile précédant le décès dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

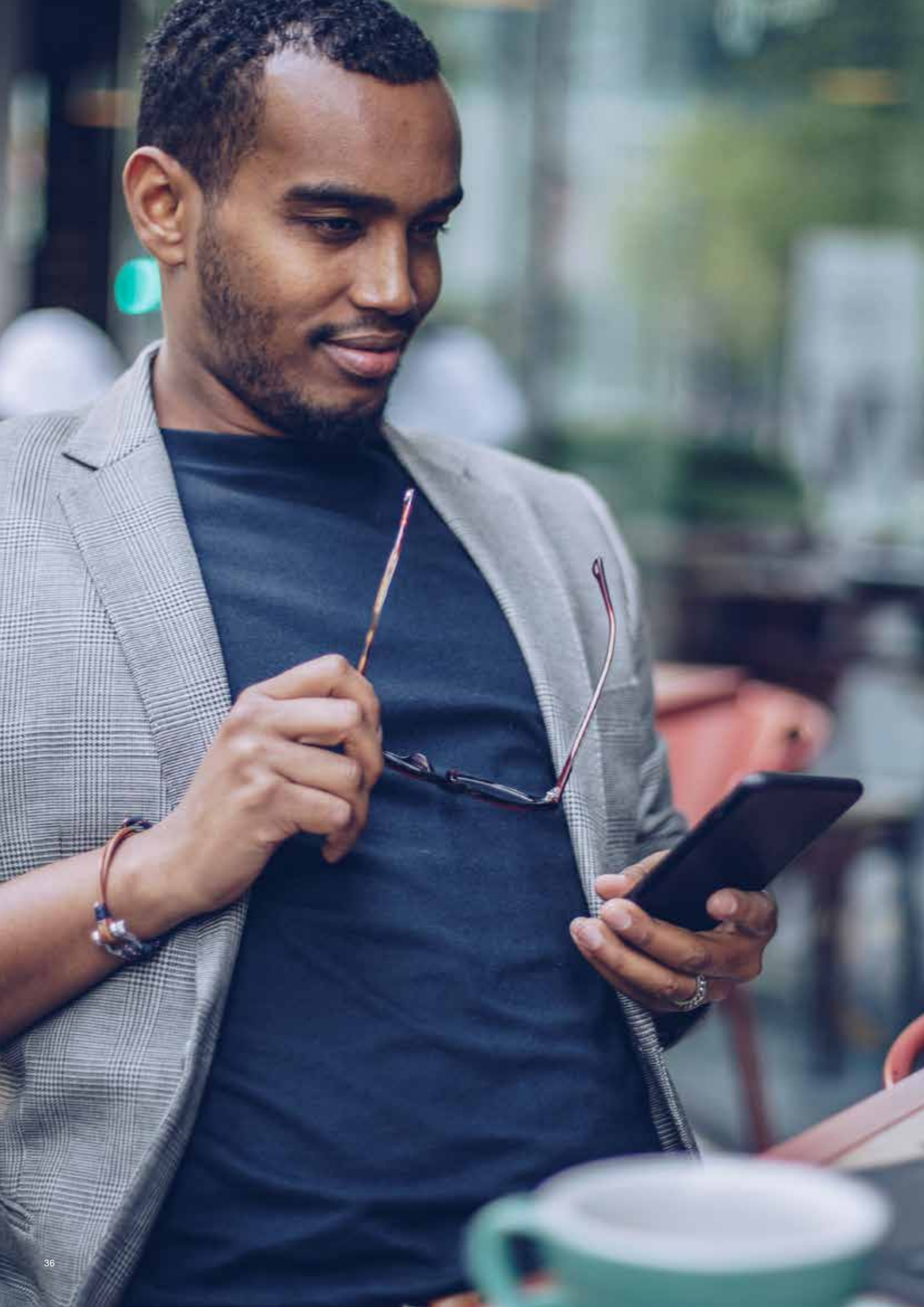
(2) **Le concubin** : Personne vivant en couple avec le salarié au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515.8 du code civil. Le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès du concubin. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Le partenaire lié par un PACS : Personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515.1 du code civil, ayant au moins 2 années d'existence à la date du décès du partenaire. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

(3) **La rente temporaire** : Établit le relais avec la pension de réversion, jusqu'à la date à laquelle celle-ci sera versée. **La rente viagère** : Pallie l'absence de droits des régimes de retraite complémentaire.

*X: Représente l'âge du participant au moment du décès.





Site internet dédié aux régimes

Site internet dédié aux régimes

Il permet de retrouver l'ensemble des éléments du régime prévoyance et santé, et de télécharger les documents nécessaires à la bonne marche de ceux-ci : les textes officiels, les documents d'adhésion, notices d'information, tableaux de garanties...

www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-national/conseil-champ-d-application-ccn-maisons-familiales-rurales-education-et-orientation



AG2R LA MONDIALE
CCN: MFREO

🔍 [Contact](#) > [Espace client](#) >

PRÉVOYANCE SANTÉ ACTION SOCIALE SERVICES

[Accueil](#) / [Conventions Collectives Nationales](#) / Maisons Familiales Rurales, Education et Orientation

CCN des Maisons Familiales Rurales d'Éducation et d'Orientation : Droits et garanties prévoyance et santé

Identifiant de Convention Collective (IDCC) : 7508

Grâce à la mutualisation des risques, l'UNMFREO et les organisations syndicales veillent à ce que les régimes soient de qualité, adaptés aux besoins des salariés de la branche et mis en place au meilleur coût pour les associations et les salariés.



Prévoyance Collective >

Protéger en cas de d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès par le versement de prestations complémentaires à la MSA.



Santé Collective >

Rembourser les frais de soins de santé au salarié et à toute sa famille

L'action sociale

L'action sociale

Parce que nous avons le goût de l'entraide, l'action sociale occupe une grande place dans notre pays.

Elle permet à notre société de maintenir une cohésion sociale, en intervenant auprès des personnes ou des groupes de personnes les plus fragiles, pour les aider à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant.

L'action sociale ne se limite pas à des aides financières. Elle s'oriente de plus en plus vers l'écoute, le conseil et l'accompagnement. Le développement des établissements pour personnes âgées, dépendantes ou en situation de handicap et le soutien de la recherche font également partie des priorités.

Dans grand nombre de domaines, l'action sociale des institutions de retraite, de prévoyance et des mutuelles, apporte un soutien appréciable :

- Famille / revenus
- Emploi / formation
- Accompagnement de la transition
- Emploi / retraite
- Lieu de vie
- Santé / prévention
- Handicap / dépendance
- Veuvage
- Vie sociale

Un large éventail d'interventions sociales, spécialement développées pour les salariés, leur famille et les retraités, illustre de manière concrète la solidarité des régimes complémentaires.

L'action sociale AG2R LA MONDIALE aujourd'hui

- En amont : des actions d'information et de prévention
- En aval : des actions de soutien et d'accompagnement en faveur des personnes en difficulté

4 étapes clés :

- Répondre aux difficultés en apportant ponctuellement le conseil et/ou l'aide appropriés, selon le dispositif social prévu par l'institution de retraite complémentaire, l'institution de prévoyance ou la mutuelle.
- Détecter, en observant et en étant à l'écoute des nouveaux besoins qui apparaissent avec l'évolution de notre société.
- Innover en entreprenant des actions concrètes, en direct ou avec des partenaires spécialisés.
- Faire savoir en communiquant et en organisant des relais d'information avec les différents acteurs de l'action sociale : services sociaux, associations...

Une réponse concrète face à un grand nombre de situations Pour aider les personnes à faire face aux accidents de la vie :

Aides exceptionnelles en cas de grave maladie, chômage, divorce, séparation, surendettement, etc. ; secours d'urgence en cas d'incendie ou catastrophe naturelle, aide à la scolarité des enfants à charge ; aide en cas de décès d'un proche...

Pour accompagner le retour à l'emploi et aider à préparer la retraite :

Aides à la formation ; accompagnement du retour à l'emploi ; accès gratuit aux stages de préparation à la retraite pour les chômeurs en fin de droits...

Pour épauler les personnes en situation de veuvage :

Aides aux frais d'obsèques ; aides financières afin de prévenir une rupture sociale ; soutien psychologique, groupes de parole.

Pour promouvoir la prévention de la santé :

Aides financières aux frais de santé ; bilans de santé et dépistages (perte de mémoire, diabète, maladies de la vision et de l'audition) ; sensibilisation à la pratique de l'activité physique, le sommeil et la nutrition adaptée.

Pour soutenir les personnes en situation de handicap et de dépendance :

Aides à l'aménagement du logement, du véhicule ; participation aux frais d'équipement adapté ; aides au séjour temporaire, hébergement permanent en établissement ; soutien des aidants familiaux (aides à domicile, formation).

Pour favoriser le maintien du lien social :

Information, écoute, conseil, accompagnement ; organisation des sorties et loisirs ; aides au transport accompagné et à la téléassistance ; développement du bénévolat...

Comment solliciter l'action sociale ?

Les assurés dans le cadre des contrats collectifs prévoyance et santé ont accès aux dispositifs sociaux.

Les aides et les services proposés dans le cadre de l'action sociale ainsi que les conditions d'octroi sont validés par le Conseil d'administration de chaque structure.

Les interventions sociales des institutions de prévoyance

Les demandes doivent être en lien avec les garanties d'assurance souscrites par la branche professionnelle.

Pour toute information
Un numéro unique pour nous
joindre

0 969 361 043

(appel non surtaxé)





Foire aux questions

Foire aux questions

Suis-je obligé de m'affilier au contrat frais de santé AG2R Prévoyance ?

Oui, l'adhésion au contrat frais de santé est obligatoire. Cependant, dans certains cas, une faculté de dispense est prévue. Pour consulter les cas de dispense, nous vous invitons à vous reporter à la page 13.

Comment faire pour m'affilier au régime frais de santé ?

Pour vous affilier, il suffit de compléter le bulletin d'affiliation téléchargeable sur le site <https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-maisons-familiales-rurales-education-orientation> et d'y joindre les pièces suivantes : attestation de votre carte vitale, et relevé d'identité bancaire. Transmettez l'ensemble des documents à votre employeur qui après avoir renseigné les informations relatives à la MFR nous enverra le dossier complet. Vous recevrez ensuite votre carte de tiers-payant.

Que se passe-t-il pour la couverture de mon conjoint et de mes enfants ?

Le contrat de votre branche prévoit la couverture de votre conjoint et de vos enfants, sans paiement d'une cotisation supplémentaire. Il vous suffit d'indiquer sur le bulletin d'affiliation le nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale de chacun d'entre eux, puis de joindre les justificatifs demandés.

Mon conjoint travaille également dans une MFR, doit-on s'affilier tous les deux ?

Dans ce cas précis, il est possible de demander une dispense. Il sera alors possible d'affilier votre conjoint en tant qu'ayant droit sur votre bulletin d'affiliation.

Pour consulter le bulletin de demande de dispense, nous vous invitons à vous rendre sur le site dédié <https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-maisons-familiales-rurales-education-orientation>

Je suis en suspension de contrat de travail, puis-je bénéficier du maintien des garanties santé et prévoyance ?

Comment faire ?

Oui, les régimes de prévoyance et de santé sont maintenus pendant la période de maintien de salaire total ou partiel de l'employeur, de versement des indemnités journalières complémentaires, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Pour le régime frais de santé, vous et votre employeur êtes tenus d'acquitter votre quote-part de cotisation. Dès lors qu'il n'y a pas de maintien de salaire total ou partiel par votre employeur, les garanties santé pourront être maintenues à votre demande, vous devrez alors vous acquitter de la contribution totale directement auprès d'AG2R Prévoyance. Pour le régime prévoyance, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, indemnisé à ce titre par AG2R Prévoyance, vous bénéficiez du maintien des garanties prévoyance sans contrepartie des cotisations, à compter du premier jour d'indemnisation de la période d'incapacité de travail garantie par l'organisme assureur. L'exonération de cotisations cesse dès le premier jour de votre reprise du travail ou dès la cessation ou suspension des prestations de l'organisme assureur.

Je suis licencié de la MFR au sein de laquelle je travaille ou mon contrat de travail prend fin (CDD), puis-je continuer à bénéficier de la couverture santé ? Prévoyance ? A quel coût ? Comment dois-je procéder ?

Oui, vous pouvez bénéficier du maintien des régimes de prévoyance et de santé à compter du lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail et jusqu'à 12 mois maximum. Le financement de cette portabilité est assuré par les régimes de prévoyance et santé sans contrepartie de cotisations.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties lié au régime de portabilité dans le certificat de travail et informer AG2R Prévoyance de la cessation du contrat de travail.

Afin de bénéficier de la portabilité, il conviendra de compléter les bulletins de portabilité (prévoyance et santé) disponibles sur le site <https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-maisons-familiales-rurales-education-orientation> et les retourner au centre de gestion AG2R Prévoyance. Pour plus d'informations, se reporter aux pages 21 et 22.

Je pars à la retraite. Puis-je bénéficier de la même couverture santé ? Comment dois-je procéder ?

Oui, vous pouvez bénéficier des mêmes garanties en tant que retraité. Pour cela, il vous suffit de suivre les démarches indiquées page 23 « DISPOSITIF LOI EVIN ».

Pour plus d'informations sur les garanties et les tarifs, vous pouvez consulter le site dédié <https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-maisons-familiales-rurales-education-orientation>

Comment puis-je obtenir des informations sur le régime MFR ?

Pour plus d'informations sur votre régime frais de santé et prévoyance, vous pouvez consulter le site dédié <https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-maisons-familiales-rurales-education-orientation>

Vous y trouverez les garanties frais de santé, les notices d'information santé et prévoyance, les demandes de prestations...

Nos conseillers sont également à votre écoute par téléphone au :

Pour les salariés :

0969 322 000

Pour les entreprises :

0972 672 222

Je suis en arrêt de travail, comment dois-je procéder ?

Vous devez informer votre employeur de votre arrêt de travail. Si celui-ci est d'une durée supérieure à 30 jours continus, l'employeur devra adresser au Centre de gestion AG2R Prévoyance une demande de prestations accompagnée des pièces justificatives, notamment les décomptes de la MSA.

Durant votre période d'arrêt de travail, vous pourrez être sollicité dans le cadre du service médical mis en place dans votre branche professionnelle (voir page 29).

Ma situation familiale change, puis-je mettre à jour ma désignation de bénéficiaire en cas de décès ?

Vous pouvez à tout moment modifier le(s) bénéficiaire(s) du capital versé en cas de décès. Pour cela, il vous suffit de nous retourner le bulletin de désignation de bénéficiaire disponible sur le site <https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-maisons-familiales-rurales-education-orientation> à l'adresse indiquée page 32.

Quelles démarches faut-il entreprendre en cas de décès d'un salarié ?

En cas de décès d'un de vos salariés, nous vous invitons à contacter nos conseillers au 0972 672 222 afin de constituer un dossier pour le versement des garanties prévoyance décès.

Je rencontre des difficultés financières suite à un reste à charge important sur des soins de santé. Puis-je obtenir de l'aide auprès de votre organisme ?

Oui, vous pouvez solliciter l'action sociale d'AG2R Prévoyance. Pour obtenir des renseignements contactez nos conseillers au 0969 361 043.

Comment puis-je consulter mes remboursements santé ?

Pour consulter vos remboursements santé, vous devez créer un compte sur l'Espace client du site www.ag2rlamondiale.fr

Comment puis-je obtenir la liste des partenaires santé afin d'obtenir des tarifs préférentiels en optique ?

Connectez-vous à votre Espace client sur notre site www.ag2rlamondiale.fr et cliquez sur « Vos services en ligne » - « Trouvez un professionnel de santé » et choisir « Opticiens ».

Comment faire une prise en charge hospitalisation ?

Vous pouvez demander une prise en charge hospitalisation en nous contactant au 0969 322 000.



Rubrique « Espace client »

L'inscription à l'espace client ne prend que quelques minutes.

Étape 1: Profil

Sélectionnez votre profil :

- Particulier
- Salarié
- Travailleur non salarié (TNS)
- Retraité

Étape 2 : Données personnelles

Saisissez vos informations personnelles :

- Civilité
- Nom, Prénom
- Date de naissance
- E-mail, Téléphone

Étape 2 : Données personnelles

Saisissez vos informations personnelles :

- Civilité
- Nom, Prénom
- Date de naissance
- E-mail, Téléphone

Étape 3 : Données contrats

- Contrat santé ou retraite complémentaire ?
Renseignez votre numéro de Sécurité sociale.
- Contrat retraite supplémentaire, prévoyance ou épargne ?
Renseignez votre numéro de contrat et votre numéro de personne physique.



Vous trouverez votre numéro de contrat sous la dénomination numéro d'adhésion, numéro de contrat ou référence à rappeler, sur vos courriers de gestion, relevés d'opérations ou relevés annuels.



Important :

L'activation est simple, rapide et indispensable afin de définir votre mot de passe et vos questions secrètes.

Si vous rencontrez des difficultés, contactez le service client depuis le site AG2R LA MONDIALE

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.