



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Prévoyance
Santé



À compter du 1^{er} janvier 2024

Les régimes frais de santé et prévoyance des salariés

CCN de l'aide à domicile (IDCC 2941 - Brochure n°3381)

Édito

La Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile a mis en place, depuis le 1^{er} janvier 2012, des régimes de prévoyance et de santé collectifs permettant de protéger tous les salariés de la Branche face aux aléas de la vie que sont la maladie, l'accident ou le décès.

AG2R LA MONDIALE est l'un des co-assureurs de ces régimes.

Ils s'appliquent à l'ensemble des salariés (cadre et non cadre).

Ce sont des régimes collectifs et solidaires : chaque employeur et salarié paie une cotisation sans tenir compte de l'état de santé du salarié et de sa consommation de soins. Cela permet de répartir la charge et de parvenir à un coût plus faible que celui que le salarié aurait dû assumer en prenant une assurance individuelle.

Le salarié bénéficie également du fonds social dédié à la Branche et du fonds social d'AG2R Prévoyance qui allouent des aides ponctuelles pour faire face à une situation personnelle particulièrement difficile.

Code APE visés : 8810A – 8810B – 8899A – 8899B

Sommaire

- 2 Édito
- 4 Panorama des dispositifs en place
- 5 Tarifs Prévoyance / Santé
- 7 Les Régimes de Prévoyance obligatoires et facultatifs
- 11 Régime Frais de santé obligatoire conventionnel Base
- 19 Régime Frais de santé obligatoire conventionnel Confort
- 26 Régime Frais de santé obligatoire conventionnel Confort Plus
- 37 Vos contacts

Panorama des dispositifs en place

Dispositifs obligatoires pour l'employeur

L'employeur a l'obligation de couvrir ses salariés aux garanties ci-dessous dès le 1^{er} jour d'embauche.

	Ensemble du personnel
Prévoyance Maintien de salaire Incapacité Invalidité Décès Rente Education	Régime institué par la Branche au 1 ^{er} janvier 2012 AG2R LA MONDIALE est co-assureur du régime avec Mutex et l'Ocirp.
Frais de santé	Régime institué par la Branche au 1 ^{er} janvier 2012 AG2R LA MONDIALE est co-assureur du régime avec Mutex et Macif.

Dispositifs facultatifs prévoyance

Il est possible de compléter le dispositif conventionnel obligatoire de prévoyance avec des offres financées par l'employeur uniquement ou l'employeur et le salarié.

	Ensemble du personnel
Offre Décès	3 offres disponibles à la charge exclusive de l'employeur Sont visés soit : - l'ensemble du personnel , - le collège « Cadre »
Offre Arrêt de travail	2 offres disponibles (financement libre) Sont visés soit : - l'ensemble du personnel , - le collège « Cadre »

Dispositifs facultatifs santé

Le salarié peut compléter le dispositif conventionnel obligatoire de santé pour lui même et sa famille. Le financement sera intégralement à sa charge.

	Ensemble du personnel
Salarié et sa famille	2 options au choix
Anciens salariés et sa famille	Options confort ou confort +

Tarifs Prévoyance / Santé

Prévoyance

Au 1^{er} janvier 2024

Régime conventionnel obligatoire

Cumul	Part Patronale	Part salariale
5,18 % TA + TB	3,61 % TA + TB	1,57 % TA + TB

Régimes Facultatifs

Options « Décès » À la charge exclusive de l'employeur

	Cumul	Part Patronale	Part salariale
option 1 et 4	0,473 % TA	0,473 % TA	-
option 2 et 5	0,475 % TA	0,475 % TA	-
option 3 et 6	0,447% TA	0,447 % TA	-

Options « Arrêt de travail »

	Cumul	Part Patronale	Part salariale
option 1	1,365 % TA + TB	Le financement de ces 2 offres (répartition Employeur et Salarié) est libre	
option 2	2,050 % TA + TB		

Santé

Au 1^{er} janvier 2024

Régime conventionnel obligatoire « Base Prime »

	Base Prime	Part entreprise 58%	Part salarié 42%
Salarié Régime Général	50,27 €	29,16 €	21,11 €
Régime Alsace Moselle	32,61 €	18,91 €	13,70 €

Régimes Facultatifs

La cotisation est à la charge exclusive du salarié et est prélevée mensuellement sur son compte bancaire.

Régime Général

		+	OU
	Base Prime	Confort (facultatif)	Confort + (facultatif)
Salarié	21,11 €*	16,81 €	27,13 €
Conjoint	59,00 €	18,08 €	30,99 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	29,64 €	7,57 €	11,32 €

* montant obligatoire prélevé sur le bulletin de paie du salarié

Régime Alsace Moselle

		+	OU
	Base Prime	Confort (facultatif)	Confort + (facultatif)
Salarié	13,70 €*	16,81 €	27,13 €
Conjoint	38,33 €	18,08 €	30,99 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	19,28 €	7,57 €	11,32 €

* montant obligatoire prélevé sur le bulletin de paie du salarié

Régime facultatif pour les Anciens Salariés (LOI EVIN)

Les salariés sortant de l'association pourront continuer à bénéficier (y compris pour leur famille) de la garantie frais de santé à un tarif unique avantageux.

La cotisation est appelée, mensuellement, sur le compte bancaire de l'assuré.

Anciens salariés ayant souscrit depuis le 1^{er} juillet 2017** :

Régime Général

		+	OU
	Base Prime	Confort (facultatif)	Confort + (facultatif)
Ancien Salarié	50,27 €**	16,81 €	27,13 €
Conjoint	86,01 €	28,32 €	48,53 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	31,68 €	8,08 €	12,13 €

Régime Alsace Moselle

		+	OU
	Base Prime	Confort (facultatif)	Confort + (facultatif)
Ancien Salarié	32,61 €**	16,81 €	27,13 €
Conjoint	55,87 €	28,32 €	48,53 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	20,63 €	8,08 €	12,13 €

** Les tarifs seront plafonnés à :

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

La bascule d'un plafond à l'autre s'effectuera à la date anniversaire d'adhésion de l'individu (sur des années dites glissantes).

Les Régimes de Prévoyance obligatoires et facultatifs

Au 1^{er} janvier 2024

Le régime prévoyance conventionnel (dispositif obligatoire)

La Sécurité sociale ne prévoit qu'une couverture partielle des risques arrêt de travail, invalidité, incapacité, décès...

Le régime souscrit par la Branche au profit de l'ensemble du personnel vient s'ajouter à la couverture de la Sécurité sociale pour compenser la perte de revenus due aux aléas de la vie.

		Prestations
Maintien de salaire	Début	4 ^e jour en cas de maladie ou d'accident de la vie privée
	Durée	Pour les salariés ayant moins de 20 ans d'ancienneté : 60 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs) Pour les salariés ayant au moins 20 ans d'ancienneté : 90 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs)
	Montant	90% de la 365 ^e partie du salaire de référence
Décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie	Quels que soient l'âge du salarié et la cause du décès	200 % du salaire brut annuel
Rente éducation	Montant et durée	10% du salaire de référence jusqu'au 18 ^e anniversaire et 15 % du salaire de référence jusqu'au 26 ^e anniversaire sous condition (poursuite d'études, apprentissage, formation professionnelle...)
Incapacité temporaire de travail	Franchise	A l'issue de la période d'indemnisation du maintien de salaire employeur ou 30 jours continus pour les salariés ayant moins de 6 mois d'ancienneté
	Montant	70 % de la 365 ^e partie du salaire de référence
Invalidité	Montant	En cas d'invalidité 1 ^{re} catégorie : Versement d'une rente égale à 3/5 du montant de la rente retenue pour la 2 ^e catégorie. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec un taux d'IPP** compris entre 33 % et 66 % : Versement d'une rente égale à $(R \times 3 N)/2$ (R étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité de 2 ^e catégorie, et N le taux d'incapacité permanente déterminée par la sécurité sociale). En cas d'invalidité 2 ^e catégorie : 70 % du salaire brut de référence En cas d'invalidité de 3 ^e catégorie, ou d'accident du travail, ou de maladie professionnelle avec un taux d'IPP supérieur ou égal à 66 % : 75 % du salaire brut de référence.

Les offres facultatives prévoyance

Pour améliorer les garanties décès et/ou arrêt de travail, AG2R Réunica Prévoyance met à disposition des offres facultatives à destination des salariés non cadre et/ou cadre.

Garanties décès (à la charge exclusive de l'employeur)

Offres facultatives pour les salariés « non cadre et cadre » ou « cadre »

	Capital décès	Pré décès	Rente de conjoint partenaire de pacs concubin	Perte totale et irréversible d'autonomie	Taux de cotisation
Option 1	100 % TA - Célibataire, veuf, divorcé (sans enfant ou autre personne à charge) 200 % TA - Marié, assuré lié par un PACS, assuré en concubinage (sans enfant ou autre personne à charge) 150 % TA - Célibataire, veuf, divorcé (avec un enfant ou une autre personne à charge) 250 % TA - Marié, assuré lié par un PACS, assuré en concubinage (avec un enfant ou une autre personne à charge) 50 % TA - Majoration du capital par enfant ou autre personne à charge, supplémentaire	Décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin de l'assuré : 2 Plafonds mensuels de la Sécurité sociale	-	Invalidité 3 ^e catégorie : versement par anticipation du capital prévu en cas de décès	0,473 % TA
Option 2	100 % TA - Célibataire, veuf, divorcé 200 % TA - Marié, assuré lié par un PACS, assuré en concubinage. En cas de décès accidentel, le montant du capital prévu ci-dessus est doublé.	Décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin de l'assuré : 4 Plafonds mensuels de la Sécurité sociale	-	Invalidité 3 ^e catégorie : versement par anticipation du capital prévu en cas de décès	0,475 % TA
Option 3	100 % TA - Célibataire, veuf, divorcé 200 % TA - Marié, assuré lié par un PACS, assuré en concubinage	-	Versement d'une rente temporaire au conjoint ou au partenaire lié par un PACS ou concubin survivant égal à 20 % TA	Invalidité 3 ^e catégorie : versement par anticipation du capital prévu en cas de décès	0,447 % TA

Garanties décès (à la charge exclusive de l'employeur)

Offres facultatives pour les salariés « non cadre et cadre » ou « cadre »

	Incapacité	Invalidité	Taux de cotisation
Option 1	10 % du salaire de référence	1 ^{re} catégorie : 6 % du salaire de référence 2 ^e catégorie : 10 % du salaire de référence 3 ^e catégorie : 10 % du salaire de référence	1,365 % TA + TB
Option 2	15 % du salaire de référence	1 ^{re} catégorie : 9 % du salaire de référence 2 ^e catégorie : 15 % du salaire de référence 3 ^e catégorie : 15 % du salaire de référence	2,050 % TA + TB

Nos services prévoyance

Service de consultation des arrêts de travail en ligne.

AG2R LA MONDIALE met à disposition des associations sur le site NetPrevoyance un ensemble de services en ligne destinés à simplifier l'administration du contrat de prévoyance. Ce site offre les fonctionnalités suivantes :

- Consultation de règlements et faculté de recherche par règlement reçu, date, salarié
- Historique des données sur 3 ans
- Déclarations sociales
- Consultation des documents de gestion attachés au contrat
- Possibilité d'exporter les données au format excel.

Pour bénéficier de ce service, il suffit de faire une demande d'inscription en ligne sur le site www.ag2rlamondiale.fr. Pour cela cliquez sur la rubrique « accédez à l'espace client », sélectionnez « entreprise » et « votre prévoyance » pour accéder à l'inscription au service.



Déclaration simplifiée des arrêts de travail

Vous avez la possibilité de déposer un fichier excel des arrêts de travail des salariés de l'association sur le serveur « NET PRÉVOYANCE » d'AG2R LA MONDIALE. Votre démarche sera ainsi simplifiée (aucune pièce à joindre) et le délai de traitement sera raccourci.

Il conviendra, pour ce faire, de signer une convention de gestion avec AG2R LA MONDIALE et de vous inscrire sur « NET PRÉVOYANCE » (cf. www.ag2rlamondiale.fr).

Vous pouvez nous contacter pour la mise en place de ce dispositif à l'adresse suivante : prestationsprevoyancebad@ag2rlamondiale.fr

AG2R la Mondiale vous propose de bénéficier d'une dématérialisation complète de vos arrêts de travail

Des arrêts de travail 100% dématérialisés grâce à 2 services complémentaires :

AG'AT

Les arrêts de travail de vos salariés peuvent être déclarés de façon dématérialisée.

Prest IJ

Les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale sont transmis directement par l'Assurance Maladie.

Plus besoin de demande de prestations papier : les arrêts de travail saisis dans mon logiciel paie sont envoyés directement via la Déclaration Simplifiée Nominative (DSN).

1/ Je déclare un arrêt de travail via la DSN

2/ AG2R LA MONDIALE récupère directement les bordereaux d'indemnités journalières auprès de la sécurité sociale

Plus besoin d'envoyer les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale (pour les salariés relevant de la CNAM uniquement).

3/ Je reçois mon virement

Un paiement plus rapide de mes dossiers à compter du paiement par la Sécurité sociale.

4/ A tout moment, je consulte mes virements dans NetPrevoyance

Nous mettons tout en œuvre pour faciliter votre quotidien



Régime Frais de santé obligatoire conventionnel Base

À compter du 1^{er} janvier 2024

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladie professionnelles » et « maternité » ainsi que certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau de garanties repris ci-dessous.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale et sont limités aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré et ce, après intervention du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux, prévue au I de l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les soins et frais indemnisés au titre de la législation « maternité » sont ceux intervenant durant la période de maternité telle que définie par la Sécurité sociale.

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé ci-après.

Régime de Base

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Base Prime	

Hospitalisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Honoraires, actes et soins

- Médecins signataires DPTM*	160 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	140 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Forfait patient urgences	Frais réels	

Séjours

- Frais de séjour	150 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) selon service : Médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie	1,5 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...) et psychiatrie.
Maternité	2 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	Néant	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Base Prime	
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	160 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	140 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100 % BR	Consultations de psychologues conventionnées remboursées par la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	120 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Participation du patient sur les actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Médicaments		
-Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	
Transport	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Base Prime	
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽²⁾		
- Inlay Core	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100 % Santé		
Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾		
- Inlay, onlay	125 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	125 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	300 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	
Panier à honoraires libres ⁽²⁾		
- Inlay, onlay	125 % BR	
- Inlay-Core	125 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	300 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, parodontologie ⁽³⁾ , orthodontie	Néant	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Base Prime	

Optique

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.

1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)

(4) Détail du renouvellement de l'équipement

Équipements 100 % santé ⁽⁵⁾ – verres et/ou monture Classe A

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	

Équipements hors 100 % Santé – verres et/ou monture Classe B – Tarifs libres ⁽⁶⁾

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	70 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	50 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur

Prestations supplémentaires portant sur un équipement 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 les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Base Prime	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
Aides auditives		
Aides auditives prises en charge par l'AMO – un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) – ce délai s'étendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100 % Santé ⁽⁶⁾ - Classe I – Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)		
Équipement hors 100 % Santé ⁽⁶⁾ – Classe II – Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	570 €	
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	1 700 €	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Base Prime	

Prévention - Bien-être

- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins antigrippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5 % du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	20 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire

Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*

- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	100 % BR	

Maternité

- Allocation naissance	5 % PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
------------------------	----------	-------------------------------

Fonds social

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.

Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...

Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.

Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Base Prime	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphérique	SPH de - 6 à + 6 (*)	50 €	38 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	92 €	81 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	54 €	43 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	54 €	43 €
		SPH > 0 et S > + 6	88 €	76 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	88 €	76 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	97 €	86 €
		SPH de - 4 à + 4	116 €	105 €
	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	126 €	114 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	126 €	114 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	126 €	114 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135 €	124 €
		SPH > 0 et S > + 8	135 €	124 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	135 €	124 €

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

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)

* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire maîtrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) 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 précédemment 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- 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. 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.

(5) 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 même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

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

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.



Régime Frais de santé obligatoire conventionnel Confort

À compter du 1^{er} janvier 2024

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladie professionnelles » et « maternité » ainsi que certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau de garanties repris ci-dessous.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale et sont limités aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré et ce, après intervention du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux, prévue au I de l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale. Les soins et frais indemnisés au titre de la législation « maternité » sont ceux intervenant durant la période de maternité telle que définie par la Sécurité sociale. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé ci-après.

Formule « Confort »

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	

Hospitalisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	185 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	165 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Forfait patient urgences	Frais réels	
Séjours		
- Frais de séjour	250 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) selon service : Médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie	2,5 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...) et psychiatrie.
Maternité	3 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	185 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	165 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100 % BR	Consultations de psychologues conventionnées remboursées par la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	120 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soin
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
- Participation du patient sur les actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Médicaments		
-Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	
Transport	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽²⁾		
- Inlay Core	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100 % Santé		
Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾		
- Inlay, onlay	135 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265 % BR	
Panier à honoraires libres ⁽²⁾		
- Inlay, onlay	135 % BR	
- Inlay-Core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	400 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, parodontologie ⁽³⁾ , orthodontie	Forfait de 600 € par an et par bénéficiaire	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	

Optique

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.

1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)

(4) Détail du renouvellement de l'équipement

Équipements 100 % santé ⁽⁵⁾ – verres et/ou monture Classe A

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	

Équipements hors 100 % Santé – verres et/ou monture Classe B – Tarifs libres ⁽⁶⁾

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur

Prestations supplémentaires portant sur un équipement 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 les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	600 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
Aides auditives		
Aides auditives prises en charge par l'AMO – un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) – ce délai s'étendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100 % Santé ⁽⁸⁾ - Classe I – Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)		
Équipement hors 100 % Santé ⁽⁹⁾ – Classe II – Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	900 €	
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	1700 €	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	

Prévention - Bien-être

- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins antigrippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5 % du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	20 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire.

Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*

- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	100 % BR + 10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.

Maternité

- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
------------------------	-----------	-------------------------------

Fonds social

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.

Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...

Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.

Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Confort	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphérique	SPH de - 6 à + 6 (*)	70 €	54 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	130 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	76 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	76 €	61 €
		SPH > 0 et S > + 6	124 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	124 €	108 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	137 €	122 €
		SPH de - 4 à + 4	164 €	149 €
	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	178 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	178 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	178 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	191 €	176 €
Sphéro cylindriques	SPH > 0 et S > + 8	191 €	176 €	
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	191 €	176 €	

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

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)

* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire maîtrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) 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 précédemment 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- 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. 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.

(5) 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 même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

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

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

Régime Frais de santé obligatoire conventionnel Confort Plus

À compter du 1^{er} janvier 2024

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladie professionnelles » et « maternité » ainsi que certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau de garanties repris ci-dessous.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale et sont limités aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré et ce, après intervention du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux, prévue au I de l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale. Les soins et frais indemnisés au titre de la législation « maternité » sont ceux intervenant durant la période de maternité telle que définie par la Sécurité sociale. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé ci-après.

Formule « Confort Plus »

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort Plus	

Hospitalisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	210 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	190 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Forfait patient urgences	Frais réels	

Séjours

- Frais de séjour	350 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) selon service : Médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie	3,5 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur en médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...) et psychiatrie.
Maternité	4 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort Plus	
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites – Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites – Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	210 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	190 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100 % BR	Consultations de psychologues conventionnées remboursées par la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	120 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soin
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Participation du patient sur les actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	150 % BR	
Transport	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort Plus	

Dentaire

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽²⁾

- Inlay Core	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	

Prothèses hors 100 % Santé

Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾

- Inlay, onlay	165 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	165 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	415 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	315 % BR	

Panier à honoraires libres ⁽²⁾

- Inlay, onlay	165 % BR	
- Inlay-Core	165 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	415 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	315 % BR	

Soins

- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
--	----------	--

Autres actes remboursés par l'AMO

- Orthodontie remboursée par l'AMO	450 % BR	
------------------------------------	----------	--

Actes non remboursés par l'AMO

- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, parodontologie ⁽³⁾ , orthodontie	Forfait de 1000 € par an et par bénéficiaire	
--	--	--

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort Plus	

Optique

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.

1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)

(4) Détail du renouvellement de l'équipement

Équipements 100 % santé ⁽⁵⁾ - verres et/ou monture Classe A

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	

Équipements hors 100 % Santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres ⁽⁶⁾

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur

Prestations supplémentaires portant sur un équipement 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 les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort Plus	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	1 000 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
Aides auditives		
Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'étendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100 % Santé ⁽⁸⁾ - Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)		
Équipement hors 100 % Santé ⁽⁹⁾ - Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	1 700 €	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	1 700 €	
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort Plus	

Prévention – Bien-être

- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins antigrippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	3,5 % du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	35 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire

Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*

- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	100 % BR + 10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.

Maternité

- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
------------------------	-----------	-------------------------------

Fonds social

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.

Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...

Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.

Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Confort Plus	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphérique	SPH de - 6 à + 6 (*)	85 €	67 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	141 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	94 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	94 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	152 €	133 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	152 €	133 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	168 €	150 €
		SPH de - 4 à + 4	202 €	183 €
	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	218 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	218 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	235 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	235 €	216 €
		SPH > 0 et S > + 8	235 €	216 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	235 €	216 €

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

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)

* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire maîtrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) 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 précédemment 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
 - 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. 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.
- (5) 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 même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.
- (6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.
- (7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.
- (8) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

Les dispenses d'affiliation

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

Oui, dans les cas suivants :

Cas de dispense	Date à laquelle le salarié peut revendiquer la dispense	Conditions
Salarié(e) 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.
Salarié(e) couvert(e) 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 échéance du contrat individuel.
Salarié(e) bénéficiant pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture frais de santé servie au titre d'un autre emploi, relevant de l'un des dispositifs listés ci-dessous*.	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.
CDD ou contrat de mission si la durée de la couverture frais de santé (hors période de portabilité) < à 3 mois. Le salarié peut obtenir de l'employeur un chèque santé pour financer la couverture complémentaire frais de santé individuelle (hors CMUC, ACS, couverture santé obligatoire...)	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective.	Justifier d'une couverture santé responsable par ailleurs.
CDD ou contrat de mission si la durée de la couverture frais de santé (hors période de portabilité) < à 12 mois.	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective.	Aucune. Pas à justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD ou contrat de mission si la durée de la couverture frais de santé (hors période de portabilité) au moins égale à 12 mois.	Au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective.	Justifier d'une couverture santé responsable par ailleurs.
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime 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.

* Régime de frais de santé complémentaire collectif et obligatoire (y compris pour l'ayant droit)

Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières

Régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 ou d'un régime de

prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011

Contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994

Les situations les plus fréquentes

Je suis actuellement en arrêt de travail, vais-je continuer à bénéficier de ma mutuelle

Tout salarié, quelle que soit la nature de son contrat de travail et qu'il soit présent ou non (en arrêt de travail...), peut bénéficier du régime Frais de santé mis en place par son employeur.

Les cotisations du régime de base conventionnelle « Base Prime » continueront à être précomptées sur les bulletins de salaire. Les cotisations du volet facultatif (extension de la couverture aux ayants droit, amélioration de la couverture santé) continueront à être prélevées sur votre compte bancaire.

Je suis actuellement en congé parental d'éducation, vais-je continuer à bénéficier de ma mutuelle

Pour continuer à bénéficier de ma mutuelle, je dois faire la demande à mon organisme assureur dans les 2 mois suivant la date de suspension de mon contrat de travail (Si je dépasse le délai de 2 mois, je ne pourrai plus demander le maintien de ma mutuelle pendant la période de la suspension de mon contrat de travail).

Le maintien de ma mutuelle prendra effet au plus tôt le 1^{er} jour de la suspension de mon contrat de travail et au plus tard le 1^{er} jour du mois suivant ma demande.

Je souhaite changer d'option facultative

Vous pouvez changer de formule de prestations au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins 3 mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation à l'une des formules.

Toute modification de formule concernera l'ensemble des personnes assurées (salarié et ayants droit).

Ma situation familiale évoluée, je souhaite changer ma formule

La condition de 2 années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, concubinage, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, naissance, adoption...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut...). Vous pouvez donc demander au centre de gestion le changement de formule. Celui-ci interviendra le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la demande.

Je suis couvert(e) par la mutuelle et je suis licencié(e)

Je suis licencié(e) (sauf pour faute lourde), je peux bénéficier gratuitement du maintien de ma couverture santé (régime de base conventionnelle « Base Prime ») pendant une durée égale à celle de mon contrat de travail, dans la limite de 12 mois. Pour cela, je dois percevoir des indemnités chômage.

Je suis couvert(e) par la mutuelle et mon contrat en CDD arrive à son terme

Je peux bénéficier gratuitement du maintien de ma couverture santé (régime de base conventionnelle « Base Prime ») pendant une durée égale à celle de mon contrat de travail, dans la limite de 12 mois à condition de percevoir des indemnités chômage.

Je suis couvert(e) par la mutuelle et je pars en retraite

Je peux continuer à bénéficier de la mutuelle de la branche, à un tarif avantageux. Je dois pour cela en faire la demande dans les 6 mois suivant la fin de mon contrat.

Nos services santé : une dispense d'avance de frais avec des tarifs et services préférentiels

1 – Le salarié reçoit une carte de tiers payant, dès son affiliation, qui lui permet une dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé partenaires

Votre carte de tiers payant est également disponible dans votre espace personnel.



2 – Le salarié bénéficie, également, d'une offre de service sur présentation de sa carte Tiers payant auprès des opticiens et audioprothésistes partenaires à ITELIS :

Chez les opticiens :

- Des économies moyennes de 40% sur les verres
- Une réduction minimale de 15% sur les montures et produits paraoptique (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.

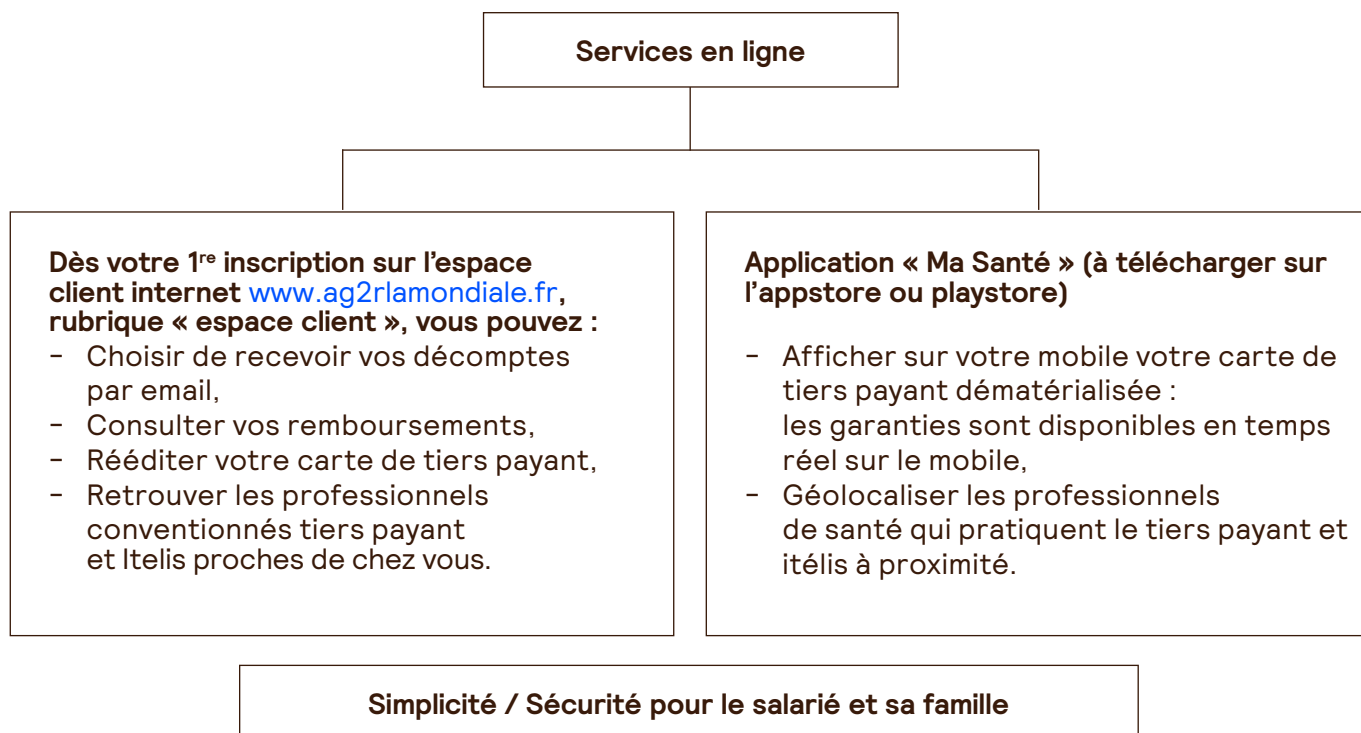
Chez les audioprothésistes

- 15% d'économie moyenne sur les aides auditives.
- Un contrôle annuel de l'audition.
- Une garantie panne sans franchise de 4 ans.
- Le prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement
- 0 € de reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale et dans le cadre d'une garantie remboursant à minima le TM pour les piles auditives).

Vérifiez l'appartenance du professionnel à ITELIS via l'autocollant Itelis exposé sur la vitrine de l'opticien ou de l'audioprothésiste



Des services en ligne pratiques au quotidien pour le salarié



Des services en ligne pratiques pour l'employeur

Nouveauté : Affiliez vos salariés en ligne

- Gagnez en autonomie grâce à un outil de gestion en ligne de vos salariés pour votre contrat santé collectif.
- Ce nouveau service pratique vous permettra d'affilier et radier vos salariés en ligne et suivre en temps réel l'avancement de vos demandes.
- Pour accéder à ce service, connectez-vous à votre Espace Client AG2R LA MONDIALE (www.ag2rlamondiale.fr) ou créez votre compte client en vous munissant de votre numéro de contrat.

Pour plus d'information, téléchargez la plaquette d'affiliation en ligne sur le site internet www.ag2rlamondiale.fr/aide-a-domicile



Vos contacts

Nos conseillers sont à votre écoute.

Vous pouvez les contacter :

Par téléphone :

Au 09 72 67 22 22 pour les employeurs

Au 09 69 32 2000 pour les salariés

Pour faciliter les démarches lors de votre contact avec nos conseillers, munissez-vous des informations suivantes avant tout échange :

Employeur	Salarié
Numéro de siren ou siret ou	Numéro de Sécurité sociale, ou
Numéro de contrat	Numéro de contrat

Pour la gestion des cotisations : chaque structure dispose d'un centre de gestion dédié localement.

Pour l'action sociale

Un seul numéro quel que soit votre lieu d'habitation : 0 969 361 043 (prix d'un appel local)

Votre site internet dédié

<http://www.ag2ramondiale.fr/aide-a-domicile>

Vous y trouverez toutes les informations relatives à la protection sociale des salariés de la Branche de l'Aide à Domicile :

- Garanties
- Cotisations
- Paiement des cotisations
- Demande de prestations
- Brochure SANTÉ
- Contacts...

Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

J'achète, je vends

Épargner et investir
Emprunter pour un projet
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

Je 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 suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

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

www.ag2rlamondiale.fr

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

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.