



**AG2R LA MONDIALE**

Prendre la main  
sur demain

Santé

CCN des Espaces de Loisirs,  
d'Attractions et Culturels



Découvrez votre régime  
frais de santé

# Votre régime frais de santé

## Le régime conventionnel

La Convention Collective Nationale des Espaces de Loisirs, d'Attractions et Culturels prévoit, par l'accord du 28 juin 2013 la mise en place d'un régime frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble des salariés.

L'ensemble des salariés, ainsi que les ayants droit <sup>(1)</sup> peuvent bénéficier de cette couverture dès la prise d'effet du contrat.

(1) Sont considérés comme Ayants droit :

- les enfants à charge au sens de la législation fiscale ;
- les conjoints : conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

## Les régimes facultatifs

### Les offres surcomplémentaires

Au-delà du régime conventionnel obligatoire, AG2R Prévoyance vous propose 2 options facultatives visant à améliorer vos garanties.

Vous pouvez ainsi, en fonction de votre budget offrir à vos salariés une couverture santé renforcée, avec de très bons niveaux de remboursement.

Si vous choisissez de ne pas souscrire d'options surcomplémentaires, vos salariés peuvent, **à titre individuel**, en souscrire une parmi les deux disponibles.

# Les points forts

## Nos engagements

- Un accompagnement de chaque entreprise.
- Des prestations performantes à un tarif négocié au plus juste.
- Le maintien des garanties de frais de santé aux ayants droit de salariés décédés gratuitement pendant 12 mois.

## Le réseau Itelis, ça vous parle ?

### 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...) ;
- 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 ;
- 10 % à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires ;
- Une garantie panne sans franchise de 4 ans.

## Notre gestion simplifiée

- Un centre de gestion dédié.
- Une prise en charge immédiate dès la souscription de votre contrat.
- Aucun questionnaire médical.
- Une gestion de qualité certifiée ISO 9001 version 2008, avec des engagements de délais :
  - remboursement sous 48h (Noémie) ;
  - réponse au(x) devis optique(s) ou dentaire(s) sous 3 jours ;
  - prise en charge de l'hospitalisation sous 24h.



# Garanties du régime de base et des options facultatives

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 :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire  
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :  
OPTAM / OPTAM-CO

- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
- Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation</b>		
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>		
Frais de séjour	200 % BR	
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation	
		Conventionné	Non conventionné
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM	220 % BR	
	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Chambre particulière avec ou sans nuitée		50 € par jour	Néant
<b>Frais d'accompagnement</b>			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		40 € par jour	Néant
<b>Transport</b>			
Transport remboursé SS		100 % BR	
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Remboursés SS</b>			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	150 % BR	
	Non adhérents DPTM	130 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	200 % BR	
	Non adhérents DPTM	180 % BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	200 % BR	
	Non adhérents DPTM	180 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	200 % BR	
	Non adhérents DPTM	180 % BR	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Non remboursés SS</b>		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL1 ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	60 % FR dans la limite de 100 € par an et par bénéficiaire	
Densitométrie osseuse	Crédit de 20 € par année civile	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	
Sage-femme	130% BR	
Psychologues (actes remboursés SS)	130% BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR	
<b>Forfait actes dits « lourds »</b>	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Médicaments</b>		
Remboursés SS	100 % BR	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée SS	100 % BR	
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	165 % BR	
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Aides auditives</b>		
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(2)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)		
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	295 % BR <sup>(3)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	1700€ <sup>(3)</sup>	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(4)</sup>	100 % BR	
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(5)</sup></b>		
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		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier maîtrisé <sup>(6)</sup></b>		
Inlay, onlay	250 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	280 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	280 % BR dans la limite des HLF	
<b>Panier libre <sup>(7)</sup></b>		
Inlay, onlay	250 % BR	
Inlay core	280 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	280 % BR	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	225 % BR	
<b>Autres actes dentaires non remboursés SS</b>		
Blanchiment dentaire	Crédit de 50 € par année civile et par bénéficiaire	
Orthodontie	100 € par semestre de traitement et par bénéficiaire	
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(8)</sup></b>		
<b>Monture et Verres de classe A</b>		
Quel que soit l'âge <sup>(9)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
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	
<b>Équipements libres <sup>(10)</sup></b>		
<b>Monture de classe B</b>		
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(9)</sup>	100 €	
Enfant -de 16 ans <sup>(9)</sup>	80 €	
<b>Verres de classe B</b>		
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(9)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Enfant -de 16 ans <sup>(9)</sup>		

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit de 160 € sur 2 années civiles consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € sur 2 années civiles consécutives	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 300 € par œil	

- (1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (3) 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).
- (4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.
- (5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(8) 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.

(9) 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.

(10) 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		
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans	
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	55 €	55 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	100 €	80 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4		55 €	55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6		55 €	55 €
		SPH > 0 et S > + 6		120 €	85 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25		120 €	85 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4		120 €	85 €
	Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	135 €	135 €
			SPH < à -4 ou > à + 4	150 €	150 €
Sphéro cylindriques		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4		135 €	135 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8		135 €	135 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4		150 €	150 €
		SPH > 0 et S > + 8		150 €	150 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25		150 €	150 €

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
<b>Autres frais</b>	
<b>Cure thermale remboursée SS</b>	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	Crédit de 100 € par année civile
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

## Option 1

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01/01/2024 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### Abréviations :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire  
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement  
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :  
OPTAM / OPTAM-CO

- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
- Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Honoraires</b>		
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM	+ 80 % BR
	Non adhérents DPTM	Néant
Chambre particulière	+ 10 € par jour	Néant
<b>Frais d'accompagnement</b>		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	+ 10 € par jour	Néant
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés SS</b>		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	+ 95 % BR
	Non adhérents DPTM	+ 70 % BR

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation	
		Conventionné	Non conventionné
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	+ 80 % BR	
	Non adhérents DPTM	+ 20 % BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	+ 95 % BR	
	Non adhérents DPTM	+ 20 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	+ 70 % BR	
	Non adhérents DPTM	+ 20 % BR	
<b>Non remboursées SS</b>			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologie, psychomotricité pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		Crédit de 50 € par an et par bénéficiaire dans la limite de 60 % FR	
Densitométrie osseuse		Crédit de 10 € par année civile	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Sage-femme		+ 70 % BR	
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		+ 50 % BR	
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation		Néant	
<b>Aides auditives</b>			
<b>Équipements libres <sup>(1)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		+ 50 % BR <sup>(2)</sup>	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	Néant	
<b>Dentaire</b>		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier maîtrisé <sup>(3)</sup></b>		
Inlay, onlay	+ 170 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	
Inlay core	+ 190 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 70 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	
<b>Panier libre <sup>(5)</sup></b>		
Inlay, onlay	+ 170 % BR	
Inlay core	+ 190 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 70 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	+ 50 % BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Blanchiment dentaire	Crédit de 50 € par année civile et par bénéficiaire	
<b>Optique</b>		
<b>Équipements libres <sup>(6)</sup></b>		
<b>Monture de classe B</b>		
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(7)</sup>	Néant	
Enfant -de 16 ans <sup>(7)</sup>	+ 20 €	
<b>Verres de classe B</b>		
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(7)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Enfant -de 16 ans <sup>(7)</sup>		

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné

### Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 90 € sur 2 années civiles consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 90 € sur 2 années civiles consécutives	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 200 € par œil	

- (1) 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).
- (2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (4) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base conventionnelle et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (6) Equipements 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.
- (7) 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.

### Grille optique « verres de classe B »

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (*)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (**)	+ 55 €	+ 55 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 100 €	+ 110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 55 €	+ 55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 55 €	+ 55 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 90 €	+ 110 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 90 €	+ 110 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 90 €	+ 110 €		

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (*)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
<b>Progressifs et Multifocaux</b>	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 85 €	+ 85 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 100 €	+ 100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 85 €	+ 85 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 85 €	+ 85 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 100 €	+ 100 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 100 €	+ 100 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 100 €	+ 100 €		

(\*) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
<b>Autres frais</b>	
<b>Cure thermique remboursée SS</b>	
Frais de traitement et honoraires	+ 50 % BR
Frais de voyage et hébergement	Crédit de 100 € par année civile

## Option 2

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01/01/2024 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### Abréviations :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire  
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
- Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Honoraires</b>		
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM	+ 150 % BR
	Non adhérents DPTM	+Néant
Chambre particulière avec ou sans nuitée	+ 20 € par jour	Néant
<b>Frais d'accompagnement</b>		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	+ 20 € par jour	Néant
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés SS</b>		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	+ 190 % BR
	Non adhérents DPTM	+ 70 % BR

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation	
		Conventionné	Non conventionné
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	+ 160 % BR	
	Non adhérents DPTM	+ 70 % BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	+ 190 % BR	
	Non adhérents DPTM	+ 20 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	+ 140 % BR	
	Non adhérents DPTM	+ 20 % BR	
<b>Non remboursées SS</b>			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologie, psychomotricité pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		Crédit de 100 € par an et par bénéficiaire dans la limite de 60 % FR	
Densitométrie osseuse		Crédit de 20 € par année civile	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Sage-femme		+ 70 % BR	
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		+ 100 % BR	
<b>Aides auditives</b>			
<b>Équipements libres <sup>(1)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		+ 100 % BR <sup>(2)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)		Néant	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Dentaire</b>		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier maîtrisé <sup>(3)</sup></b>		
Inlay, onlay	+ 270 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	
Inlay core	+ 290 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 120 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	
<b>Panier libre <sup>(5)</sup></b>		
Inlay, onlay	+ 270 % BR	
Inlay core	+ 290 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 120 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	+ 100 % BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Blanchiment dentaire	Crédit de 100 € par année civile et par bénéficiaire	
<b>Optique</b>		
<b>Équipements libres <sup>(6)</sup></b>		
<b>Monture de classe B</b>		
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(7)</sup>	Néant	
Enfant -de 16 ans <sup>(7)</sup>	+ 20 €	
<b>Verres de classe B</b>		
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(7)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Enfant -de 16 ans <sup>(7)</sup>		
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 140 € sur 2 années civiles consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 140 € sur 2 années civiles consécutives	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400 € par œil	

- (1) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.  
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnelle et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (4) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base conventionnelle et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (6) Equipements 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.
- (7) 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.

#### Grille optique « verres de classe B »

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (*)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (**)	+ 105 €	+ 105 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 200 €	+ 220 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 105 €	+ 105 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 105 €	+ 105 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 180 €	+ 215 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 180 €	+ 215 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 180 €	+ 215 €		
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 165 €	+ 165 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 200 €	+ 200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 165 €	+ 165 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 165 €	+ 165 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 200 €	+ 200 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 200 €	+ 200 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 200 €	+ 200 €		

(\*) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
<b>Autres frais</b>	
<b>Cure thermale remboursée SS</b>	
Frais de traitement et honoraires	+ 170 % BR
Frais de voyage et hébergement	Crédit de 200 € par année civile
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 100 €

# Les taux de cotisation 2024\*

\* Sous réserve de l'évolution du PMSS

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice en cours, celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

## Régime conventionnel de base

### Obligatoire

Les cotisations sont réparties à hauteur de 50 % pour l'Employeur et 50 % pour le Salarié.

	Régime général	Régime Alsace-Moselle
<b>Famille</b> <sup>(1)</sup>	1,24 % du PMSS <sup>(2)</sup> Soit 39,59 €	0,78 % du PMSS <sup>(2)</sup> Soit 24,56 €

(Tarifs TTC en euros valables pour 2024 incluant la taxe TSA)

### Facultatif

La cotisation est financée à 100 % par le bénéficiaire.

	Régime général	Régime Alsace-Moselle
<b>Conjoint</b> <sup>(3)</sup>	1,30 % du PMSS <sup>(2)</sup> Soit 37,76 €	0,82 % du PMSS <sup>(2)</sup> Soit 23,46 €

(Tarifs TTC en euros valables pour 2024 incluant la taxe TSA)

## Offres surcomplémentaires (Régimes général et Alsace-Moselle)

Les taux de cotisation des offres surcomplémentaires viennent s'ajouter au taux de cotisation du régime conventionnel de base.

### Adhésion collective obligatoire

	Option 1	Option 2
<b>Famille</b> <sup>(1)</sup>	0,54 % du PMSS <sup>(2)</sup>	0,98 % du PMSS <sup>(2)</sup>

(Tarifs TTC en euros valables pour 2024 incluant la taxe TSA)

### Adhésion facultative individuelle

	Option 1	Option 2
<b>Famille</b> <sup>(1)</sup>	0,56 % PMSS <sup>(2)</sup>	1,02 % PMSS <sup>(2)</sup>
<b>Conjoint</b> <sup>(3)</sup>	0,57 % PMSS <sup>(2)</sup>	1,02 % PMSS <sup>(2)</sup>

(Tarifs TTC en euros valables pour 2024 incluant la taxe TSA)

## Dispositifs « Loi Évin » facultatifs

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Évin » permet aux anciens salariés de bénéficier du maintien du régime complémentaire de remboursement de frais de santé dont ils bénéficiaient en tant qu'actifs dans le cadre d'un contrat collectif mis en place à titre obligatoire par leur employeur.

### Régime de base

	Régime général	Régime Alsace-Moselle
<b>Adulte</b>	1,51 % PMSS <sup>(1)</sup>	0,95 % PMSS <sup>(1)</sup>
<b>Enfant (gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant à charge)</b>	0,66 % PMSS <sup>(1)</sup>	0,41 % PMSS <sup>(1)</sup>

(Tarifs TTC en euros valables pour 2024 incluant la taxe TSA)

## Offres surcomplémentaires

	Option 1	Option 2
<b>Adulte</b>	0,57 % PMSS <sup>(1)</sup>	1,02 % PMSS <sup>(1)</sup>
<b>Enfant (gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant à charge)</b>	0,18 % PMSS <sup>(1)</sup>	0,33 % PMSS <sup>(1)</sup>

(Tarifs TTC en euros valables pour 2024 incluant la taxe TSA)

(1) Cotisation portabilité 12 mois incluse : possibilité pour le salarié de conserver sa couverture complémentaire après la cessation du contrat de travail.

(2) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2024: 2864€).

(3) Conjoint percevant des revenus professionnels ou revenus de remplacement.

# Programme de Prévention « Branchez-vous santé »

ASSURANCE MALADIE

## branchez-vous santé

En accord avec les partenaires de votre branche professionnelle, vous bénéficiez de nouvelles garanties prévention par le programme « Branchez-vous santé ».

« Branchez-vous santé » est le programme de prévention destiné à toutes les entreprises et les salariés des branches professionnelles basé sur des enjeux de santé et de société majeurs tels que la santé bucco-dentaire, l'épuisement professionnel du chef d'entreprise de TPE-PME et les cancers et la prévention de leurs récurrences.

Il se compose également de 2 dispositifs de détection et d'accompagnement des risques en santé publique et en santé au travail ainsi qu'une démarche de

prévention à destination des jeunes.

Grâce au programme « Branchez-vous santé » vous bénéficiez de nouvelles garanties prévention pour vous accompagner à être acteur de votre santé et améliorer votre qualité de vie au quotidien dans le cadre de votre contrat santé et/ou prévoyance.

### **La santé bucco-dentaire**

Un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie : en complémentarité avec les dispositifs existants ce parcours prévoit des examens de prévention à des âges clés : 35 ans et 55 ans.

### **Les cancers et la prévention des récurrences**

L'amélioration de la prise en charge en cas de traitement du cancer par une technologie innovante permettant la reconstruction en 3D à partir de son image médicale en cas de

traitement thérapeutique d'un cancer par une opération chirurgicale (sous prescription de votre médecin).

La lutte contre les récurrences par le #parcoursINM : programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement amotivationnel.

### **Un bilan personnel de prévention**

L'accès à un bilan personnel de prévention en ligne avec le programme « En Quête De Vie » sur manger, bouger, dormir et respirer.

Brochure

# 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](http://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.

