



Résumé des garanties

Commerce de détail alimentaire non spécialisé (IDCC 1505)

Au 1^{er} janvier 2025

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.

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

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

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

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

Hospitalisation

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour	220 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 300 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-	-
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires				
Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 300 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-	-
Chambre particulière				
Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique	70 € par jour	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour	+ 30 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	35 € par jour	-	+ 5 € par jour	+ 25 € par jour

Transport

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-

Soins courants

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (Consultations et visites)				
Pour les médecins adhérents à un DPTM	195 % BR	+ 25 % BR	+ 55 % BR	+ 255 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	175 % BR	+ 25 % BR	+ 25 % BR	+ 25 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)				
Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 250 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-	-
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)				
Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 250 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-	-
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)				
Pour les médecins adhérents à un DPTM	170 % BR	-	-	-
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	150 % BR	-	-	-
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale				
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étio-pathie, diététique, psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € par acte limité à 4 actes par année civile et par bénéficiaire	+ 25 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 31 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 50 par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse	-	-	-	Crédit de 300 € limité à une intervention par année civile
Honoraires paramédicaux				
Kinésithérapeutes	120 % BR	-	-	-
Autres auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	-	-	-
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
Médicaments				
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
Pharmacie (hors médicaments)				
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
Non remboursés Sécurité sociale :				
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de 100 € par année civile	Crédit de + 50 € par année civile	Crédit de + 100 € par année civile	Crédit de + 150 € par année civile
Matériel médical				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + Crédit de 500 € par année civile	Crédit de + 100 € par année civile	Crédit de + 200 € par année civile	Crédit de + 400 € par année civile

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale				
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	-	-	-

Aides auditives

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Jusqu'au 31/12/2020				
Aides auditives remboursées Sécurité sociale⁽¹⁾				
Aides auditives	100 % BR + 1 100 € dans la limite d'une prothèse par période de renouvellement	100 % BR + 1 100 € pour une 2 ^e prothèse dans la limite de 2 prothèses par année civile	+ 400 € pour la 1 ^{re} prothèse Et 100 % BR + 1 500 € pour une 2 ^e prothèse par année civile	+ 700 € pour la 1 ^{re} prothèse Et 100 % BR + 1 800 € pour une 2 ^e prothèse par année civile
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % BR	-	-	-

À compter du 01/01/2021

Équipements 100 % Santé⁽³⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	-	-	-
---	---	---	---	---

Équipements libres⁽⁵⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 1 300 € ⁽⁴⁾	-	-	-
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR + 300 € ⁽⁴⁾	-	-	-
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % BR	-	-	-

(1) 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.

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du Code de la Sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

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

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

(4) 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).

(5) 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 (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Dentaire

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Soins et prothèses 100 % Santé⁽¹⁾				
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	-	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires				
Soins				
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	-	-	-
Prothèses				
Panier maîtrisé⁽²⁾				
Inlay, onlay	450 % BR dans la limite des HLF	+ 75 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 125 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 175 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Inlay core	450 % BR dans la limite des HLF	+ 75 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 125 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 175 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % BR dans la limite des HLF	+ 75 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 125 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 175 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Panier libre⁽³⁾				
Inlay, onlay	450 % BR	+ 75 % BR	+ 125 % BR	+ 175 % BR
Inlay core	450 % BR	+ 75 % BR	+ 125 % BR	+ 175 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % BR	+ 75 % BR	+ 125 % BR	+ 175 % BR
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale				
Orthodontie	250 % BR	+ 100 % BR	+ 150 % BR	+ 280 % BR
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale				
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	450 % BR	+ 75 % BR	+ 125 % BR	+ 245 % BR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de + 100 € par année civile	Crédit de + 100 € par année civile	Crédit de + 100 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	1 200 € par implant limité à 3 implants par année civile	Crédit de + 150 € par année civile	Crédit de + 350 € par année civile	Crédit de + 750 € par année civile
Orthodontie	250 % BR	+ 150 % BR	+ 200 % BR	+ 350 % BR

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

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

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

(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 conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Optique

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾				
Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾				
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Équipements libres⁽³⁾				
Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	100 €	-	-	-
Monture de classe B (enfant - 16 ans) ⁽²⁾	-	-	-	-
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres			
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B				
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	-	-	-
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-	-
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-	-
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	-	-	-

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Autres dispositifs médicaux d'optique				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 160 € par année civile	+ Crédit de 40 € par année civile	Crédit de + 90 € par année civile	Crédit de + 140 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par année civile	+ Crédit de 40 € par année civile	Crédit de + 90 € par année civile	Crédit de + 140 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	1 100 € par œil et par année civile	+ Crédit de 150 € par œil et par année civile	Crédit de + 200 € par œil et par année civile	Crédit de + 450 € par œil et par année civile

(1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

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

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

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

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés,
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

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

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère Cyl = cylindre (+) S = sph + cyl	Montant en € par verre (RSS inclus) (**)							
			Adulte et enfant de 16 ans et +				Enfant - 16 ans			
			Base	Option 1	Option 2	Option 3	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	95 €	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €	95 €	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et cyl ≤ + 4	95 €	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €	95 €	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	95 €	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €	95 €	+ 40 €	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et s > + 6	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €
		SPH < - 6 et cyl ≥ + 0,25	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €
	SPH de - 6 à 0 et cyl > + 4	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €	165 €	+ 40 €	+ 75 €	+ 135 €	
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	190 €	+ 45 €	+ 90 €	+ 110 €	190 €	+ 45 €	+ 68 €	+ 110 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	265 €	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €	265 €	+ 35 €	+ 35 €	+ 35 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et cyl ≤ + 4	190 €	+ 45 €	+ 90 €	+ 110 €	190 €	+ 45 €	+ 90 €	+ 90 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	190 €	+ 45 €	+ 90 €	+ 110 €	190 €	+ 45 €	+ 90 €	+ 90 €
		SPH de - 8 à 0 et cyl > + 4	265 €	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €	265 €	+ 35 €	+ 35 €	+ 35 €
		SPH > 0 et s > + 8	265 €	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €	265 €	+ 35 €	+ 35 €	+ 35 €
	SPH < - 8 et cyl ≥ + 0,25	265 €	+ 45 €	+ 85 €	+ 85 €	265 €	+ 35 €	+ 35 €	+ 35 €	

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

(**) 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).

Prévention

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Prévention liée aux métiers				
Chaque année le comité de prévention de la branche professionnelle définit son plan d'action de prévention à partir des éléments ci-contre :		<p>Études épidémiologiques (ex : troubles musculosquelettiques ...)</p> <p>Prises en charge de consultations de prévention (ex : Bilan de santé, dépistages, bilan ostéo-articulaire, ...)</p> <p>Accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex : Programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter, ...)</p> <p>Moyen de mise en relation avec les professionnels de santé (par le biais des consultations de prévention)</p> <p>Relais d'information et communication : livret de prévention prodiguant les bonnes pratiques, des vidéos de prévention</p>		
Prévention liée aux risques de santé publique				
		<p>Actions en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers ...), et recherche de partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire</p>		

Autres frais

Nature des frais	Base	Niveau d'indemnisation		
		Option 1	Option 2	Option 3
Cure thermale remboursée Sécurité sociale				
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	–	–	–
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile	+ 100 € limité à une intervention par année civile	+ 200 € limité à une intervention par année civile	+ 200 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité				
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	300 €	+ 100 €	+ 200 €	+ 300 €
Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire				
Admission à l'hôpital	Recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier, transport du bénéficiaire à l'hôpital et retour domicile			
Pendant le séjour à l'hôpital	Présence d'un proche au chevet, séjour à l'hôtel du proche, garde à domicile des enfants/petits enfants ou présence d'un proche au domicile ou transfert des enfants/petits enfants chez un proche, veille sur les ascendants, garde des animaux de compagnie, téléviseur en chambre			
A la sortie de l'hôpital	Aide-ménagère à domicile, veilles sur les ascendants, livraison de médicaments en urgence, garde des animaux de compagnie, téléassistance ponctuelle, livraison de repas à domicile, recherche de médecin, d'infirmière, aide pédagogique			
Suivi post opératoire	Déplacement pour examens et analyses			
Aide au retour à la vie professionnelle	En cas de séquelle suite à l'hospitalisation			
Bilan de vie	Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application de la convention existant entre AG2R Prévoyance et l'assisteur			
Rapatriement de corps				
Aide aux aidants				
Service téléphonique de conseils et d'aide psychologique				