

# Tableau des garanties

## CCN du Commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237) Ensemble du personnel

**Date d'effet : 1<sup>er</sup> 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	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>			
Frais de séjour	220 % BR	270 % BR	320 % BR
Forfait Patient Urgences (FPU) Forfait actes dits « lourds » Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
<b>Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires</b>			
Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	270 % BR	320 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Chambre particulière</b>			
Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale	70 € par jour	80 € par jour	90 € par jour
Frais d'accompagnement d'un ayant droit	35 € par jour	35 € par jour	40 € par jour

### Transport

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>Transport remboursé Sécurité sociale</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR

## Soins courants

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale</b>			
<b>Généralistes (Consultations et visites)</b>			
Pour les médecins adhérents à un DPTM	195 % BR	220 % BR	250 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	175 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Spécialistes (Consultations et visites)</b>			
Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	270 % BR	320 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)</b>			
Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	270 % BR	320 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)</b>			
Pour les médecins adhérents à un DPTM	170 % BR	170 % BR	170 % BR
Pour les médecins non adhérents à un DPTM	150 % BR	150 % BR	150 % BR
<b>Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale</b>			
Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Ethiopatie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40 € par acte limité à 4 actes par année civile et par bénéficiaire	55 € par acte limité à 4 actes par année civile	70 € par acte limité à 4 actes par année civile
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Kinésithérapeutes	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Psychologue (actes remboursés Ss)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait actes dits « Lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Médicaments</b>			
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Pharmacie et médicaments non remboursés Ss</b>			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite et médicaments non remboursés Ss	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	200 % BR + crédit de 300 € par année civile	200 % BR + crédit de 400 € par année civile	200 % BR + crédit de 500 € par année civile
<b>Actes de prévention remboursés Sécurité sociale</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR

## Aides auditives

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>Équipements 100 % Santé(**)</b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et 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)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV (***)		
<b>Équipements libres (****)</b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	100 % BR + 800 € (***)	100 % BR + 1 100 € (***)	100 % BR + 1 300 € (***)
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)	100 % BR + 300 € (***)	100 % BR + 300 € (***)	100 % BR + 300 € (***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale(*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(\*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(\*\*) Équipement de Classe I, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) 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).

(\*\*\*\*) Équipement 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).

## Dentaire

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>Soins et prothèses 100 % Santé(*)</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	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF		
<b>Soins</b>			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Prothèses</b>			
<b>Panier maîtrisé(**)</b>			
Inlay, onlay	200 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF	575 % BR dans la limite des HLF
Inlay core	400 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF	575 % BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF	575 % BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre(***)</b>			
Inlay, onlay	200 % BR	400 % BR	575 % BR
Inlay core	400 % BR	500 % BR	575 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR	500 % BR	575 % BR
<b>Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale</b>			
Orthodontie	250 % BR	350 % BR	400 % BR

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale</b>			
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	400 % BR	500 % BR	575 % BR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 350 € par année civile	Crédit de 350 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	800 € par implant limité à 3 implants par année civile	800 € par implant limité à 3 implants par année civile + crédit de 400 € par année civile	800 € par implant limité à 3 implants par année civile + crédit de 750 € par année civile
Orthodontie	250 % BR	400 % BR	450 % BR

(\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

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

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

## Optique

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>Équipements 100 % Santé(*)</b>			
Monture et verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	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	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	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	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV

### Équipements libres(\*\*\*)

Monture de classe B (quel que soit l'âge)(**)	Forfait de 100 €	Forfait de 100 €	Forfait de 100 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge)(**)	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	100 % BR dans la limite des PLV	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	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 160 € par année civile	100 % BR + Crédit de 210 € par année civile	100 % BR + Crédit de 260 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par année civile	Crédit de 210 € par année civile	Crédit de 260 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	1 100 € par œil et par année civile	Crédit de 1 600 € par œil et par année civile	Crédit de 1 800 € par œil et par année civile

(\*) 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.

(\*\*) 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.

(\*\*\*) 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 +		
			Base	Confort	Sérénité
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	85 €	120 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	200 €	245 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et cyl ≤ + 4	85 €	120 €	160 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	85 €	120 €	160 €
		SPH > 0 et s > + 6	150 €	200 €	245 €
		SPH < - 6 et cyl ≥ + 0,25	150 €	200 €	245 €
SPH de - 6 à 0 et cyl > + 4	150 €	200 €	245 €		
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	170 €	220 €	280 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	265 €	310 €	350 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et cyl ≤ + 4	170 €	220 €	280 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	170 €	220 €	280 €
		SPH de - 8 à 0 et cyl > + 4	265 €	310 €	350 €
		SPH > 0 et s > + 8	265 €	310 €	350 €
SPH < - 8 et cyl ≥ + 0,25	265 €	310 €	350 €		

(\*) 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).

## Autres frais

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Confort	Sérénité
<b>Cure thermale remboursée Sécurité sociale</b>			
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile	350 € limité à une intervention par année civile	550 € limité à une intervention 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 150 €	Forfait de 300 €	Forfait de 500 €
Télésurveillance médicale remboursée Ss (dispositif prévu aux articles L.162-48 du Code de la Ss)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire</b>			
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			
Rapatriement de corps	Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application de la convention existant entre AG2R Prévoyance et l'assisteur		
Aide aux aidants			
Service téléphonique de conseils et d'aide psychologique			