



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Vos garanties 2025

Entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie

Base obligatoire et surcomplémentaires facultatives – Ensemble
du personnel

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

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

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

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

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

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

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

Hospitalisation

| Nature des frais | Base conventionnelle | Prestations surcomplémentaires au régime de base | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|
| | | Option 1 | Option 2 |
| En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité | | | |
| Frais de séjour | 250 % BR | + 75 % BR | + 100 % BR |
| Forfait journalier hospitalier, Forfait Patient Urgences (FPU), Forfait actes dits «lourds» | 100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur | Néant | Néant |
| Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires | - Pour les médecins adhérents à un DPTM | 300 % BR | + 75 % BR |
| | - Pour les médecins non adhérents à un DPTM | 200 % BR | Néant |
| Chambre particulière | 90 € par jour | + 20 € par jour | + 25 € par jour |
| Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif) | 35 € par jour | + 12 € par jour | + 20 € par jour |

Transport

| Nature des frais | Base conventionnelle | Prestations surcomplémentaires au régime de base | |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|----------|
| | | Option 1 | Option 2 |
| Transport remboursé Sécurité sociale | 100 % BR | Néant | Néant |

Soins courants

| Nature des frais | | Prestations surcomplémentaires au régime de base | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|------------|
| | | Base conventionnelle | Option 1 | Option 2 |
| Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale | | | | |
| Généralistes (Consultations et visites) | - Pour les médecins adhérents à un DPTM | 300 % BR | + 50 % BR | + 100 % BR |
| | - Pour les médecins non adhérents à un DPTM | 200 % BR | Néant | + 100 % BR |
| Spécialistes (Consultations et visites) | - Pour les médecins adhérents à un DPTM | 300 % BR | + 50 % BR | + 100 % BR |
| | - Pour les médecins non adhérents à un DPTM | 200 % BR | Néant | + 100 % BR |
| Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) | - Pour les médecins adhérents à un DPTM | 300 % BR | + 50 % BR | + 100 % BR |
| | - Pour les médecins non adhérents à un DPTM | 200 % BR | Néant | + 100 % BR |
| Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) | - Pour les médecins adhérents à un DPTM | 170 % BR | Néant | Néant |
| | - Pour les médecins non adhérents à un DPTM | 150 % BR | Néant | Néant |
| Honoraires paramédicaux | | | | |
| Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale) | | 110 % BR | Néant | Néant |
| Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale) | | 100 % BR | Néant | Néant |
| Analyses et examens de laboratoire | | | | |
| Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale | | 110 % BR | Néant | Néant |
| Médicaments | | | | |
| Remboursés Sécurité sociale | | 100 % BR | Néant | Néant |
| Pharmacie (hors médicaments) | | | | |
| Remboursés Sécurité sociale | | 100 % BR | Néant | Néant |
| Pack Bien-être (actes non remboursés Sécurité sociale) | | | | |
| Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologie, podologie, diététique [si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL1 ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS], sevrage tabagique prescrit, vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, contraception prescrite | | Crédit de 180 € par année civile | + 40 € | + 80 € |
| Matériel médical | | | | |
| Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique) | | 100 % BR + Crédit de 800 € par année civile | + 50 € | + 100 € |
| Achat véhicule pour personne handicapée physique | | 100 % BR + Crédit de 1400 € par année civile | Néant | Néant |
| Actes de prévention remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾ | | | | |
| Actes de prévention définis par la réglementation | | 100 % BR | Néant | Néant |

Aides auditives

| Nature des frais | Prestations surcomplémentaires au régime de base | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| | Base conventionnelle | Option 1 | Option 2 |
| Équipements 100 % Santé⁽¹⁾ | | | |
| Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire | RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾ | Néant | Néant |
| 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) | | Néant | Néant |
| Équipements libres⁽³⁾ | | | |
| Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire | 100 % BR + 1 300 € ⁽²⁾ | Néant | + 200 € |
| 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 € ⁽²⁾ | Néant | + 200 € |
| Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽⁴⁾ | 100 % BR | Néant | Néant |

(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.

Dentaire

| Nature des frais | Prestations surcomplémentaires au régime de base | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | Base conventionnelle | Option 1 | Option 2 |
| 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 | Néant | Néant |
| Autres soins prothétiques et prothèses dentaires | | | |
| Prothèses | | | |
| Panier maîtrisé⁽²⁾ | | | |
| - Inlay, onlay | 450 % BR dans la limite des HLF | + 75 % BR dans la limite des HLF | + 125 % BR dans la limite des HLF |
| - Inlay core | 450 % BR dans la limite des HLF | + 75 % BR dans la limite des HLF | + 125 % BR dans la limite des HLF |
| - Autres soins prothétiques et prothèses dentaires | 480 % BR dans la limite des HLF | + 75 % BR dans la limite des HLF | + 125 % BR dans la limite des HLF |
| Panier libre⁽³⁾ | | | |
| - Inlay, onlay | 450 % BR | + 75 % BR | + 125 % BR |
| - Inlay core | 450 % BR | + 75 % BR | + 125 % BR |
| - Autres soins prothétiques et prothèses dentaires | 480 % BR | + 75 % BR | + 125 % BR |
| Soins | | | |
| Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention | 100 % BR | Néant | Néant |
| Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale | | | |
| Orthodontie | 350 % BR | + 50 % BR | + 100 % 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 | 400 % BR | + 75 % BR | + 125 % BR |
| Parodontologie | Crédit de 320 € par année civile | + 200 € | + 300 € |
| Implants dentaires y compris piliers implantaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, couronne) | Forfait de 1500 € par implant, limité à 3 implants par année civile | + 150 € | + 300 € |
| Orthodontie | 350 % BR | + 50 % BR | + 100 % 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.

Optique

| Nature des frais | Prestations surcomplémentaires au régime de base | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Base conventionnelle | Option 1 | Option 2 |
| Équipements 100 % Santé⁽¹⁾ | | | |
| Monture de classe A : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾ | RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV | Néant | Néant |
| Monture de classe A : enfant de -16 ans ⁽²⁾ | | | |
| Verres de classe A : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾ | | | |
| Verres de classe A : enfant de -16 ans ⁽²⁾ | | | |
| Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) | RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV | Néant | Néant |
| 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 | Néant | Néant |
| Équipements libres⁽³⁾ | | | |
| Monture de classe B : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾ | 100 € | Néant | + 50 € |
| Monture de classe B : enfant de -16 ans ⁽²⁾ | 100 € | Néant | + 50 € |
| Verres de classe B : adulte et enfant de 16 ans et + ⁽²⁾ | Montants indiqués dans la grille optique ⁽⁴⁾ ci-après, en fonction du type de verres | Montants indiqués dans la grille optique ⁽⁴⁾ ci-après, en fonction du type de verres | Montants indiqués dans la grille optique ⁽⁴⁾ ci-après, en fonction du type de verres |
| Verres de classe B : enfant de -16 ans ⁽²⁾ | | | |
| 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 | Néant | Néant |
| 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 | Néant | Néant |
| Supplément pour verres avec filtres de classe B | 100 % BR dans la limite des PLV | Néant | Néant |
| Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques) | 100 % BR | Néant | Néant |
| Autres dispositifs médicaux d'optique | | | |
| Lentilles acceptées par la Sécurité sociale | 100 % BR + Crédit de 200 € par année civile | + 50 € | + 100 € |
| Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) | Crédit de 200 € par année civile | + 50 € | + 100 € |

| Nature des frais | Prestations surcomplémentaires au régime de base | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | Base conventionnelle | Option 1 | Option 2 |
| Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) | Crédit de 1100 € par œil et par année civile | + 150 € par œil | + 350 € par œil |

(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.

(4) 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 plus | | | | |
|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|--------|--------|
| | | | Base | Option 1 | Option 2 | | |
| Unifocaux | Sphériques | SPH de - 6 à + 6 (*) | 90 € | + 15 € | + 45 € | | |
| | | SPH < à - 6 ou > à + 6 | 175 € | + 30 € | + 50 € | | |
| | Sphéro cylindriques | SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4 | SPH > 0 et s ≤ + 6 | 90 € | + 15 € | + 45 € | |
| | | | SPH > 0 et s > + 6 | 175 € | + 30 € | + 50 € | |
| | | SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 | SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4 | 175 € | + 30 € | + 50 € | |
| | | | SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4 | 175 € | + 30 € | + 50 € | |
| | | Multifocaux hors progressifs | Sphériques | SPH de - 4 à + 4 | 300 € | Néant | + 50 € |
| | | | | SPH < à - 4 ou > à + 4 | 350 € | Néant | + 85 € |
| | Sphéro cylindriques | | SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 | 300 € | Néant | + 50 € | |
| | | | SPH > 0 et s ≤ + 8 | 300 € | Néant | + 50 € | |
| | Progressifs | Sphériques | SPH de - 4 à + 4 | 300 € | Néant | + 50 € | |
| | | | SPH < à - 4 ou > à + 4 | 350 € | Néant | + 85 € | |
| Sphéro cylindriques | | SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 | 300 € | Néant | + 50 € | | |
| | | SPH > 0 et s ≤ + 8 | 300 € | Néant | + 50 € | | |
| | | SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 | 350 € | Néant | + 85 € | | |
| | | SPH > 0 et s > + 8 | 350 € | Néant | + 85 € | | |
| | | SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25 | 350 € | Néant | + 85 € | | |

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

| Verres | Avec/sans cylindre | SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL | Montant en € par verre (RSS inclus) / Enfant de -16 ans | | | | |
|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------|------|
| | | | Base | Option 1 | Option 2 | | |
| Unifocaux | Sphériques | SPH de - 6 à + 6 (*) | 90 € | + 15 € | 45 € | | |
| | | SPH < à - 6 ou > à + 6 | 175 € | + 30 € | 50 € | | |
| | Sphéro cylindriques | SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4 | SPH > 0 et s ≤ + 6 | 90 € | + 15 € | 45 € | |
| | | | SPH > 0 et s > + 6 | 175 € | + 30 € | 50 € | |
| | | SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 | SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4 | 175 € | + 30 € | 50 € | |
| | | | SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4 | 175 € | + 30 € | 50 € | |
| | | Multifocaux hors progressifs | Sphériques | SPH de - 4 à + 4 | 300 € | Néant | 50 € |
| | | | | SPH < à - 4 ou > à + 4 | 310 € | Néant | 85 € |
| | Sphéro cylindriques | | SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 | 300 € | Néant | 50 € | |
| | | | SPH > 0 et s ≤ + 8 | 300 € | Néant | 50 € | |
| | Progressifs | Sphériques | SPH de - 4 à + 4 | 300 € | Néant | 50 € | |
| | | | SPH < à - 4 ou > à + 4 | 310 € | Néant | 85 € | |
| Sphéro cylindriques | | SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 | 300 € | Néant | 50 € | | |
| | | SPH > 0 et s ≤ + 8 | 300 € | Néant | 50 € | | |
| | | SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 | 310 € | Néant | 85 € | | |
| | | SPH > 0 et s > + 8 | 310 € | Néant | 85 € | | |
| | | SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25 | 310 € | Néant | 85 € | | |

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

Autres frais

| Nature des frais | Prestations surcomplémentaires au régime de base | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| | Base conventionnelle | Option 1 | Option 2 |
| Cure thermale remboursée Sécurité sociale | | | |
| Frais de traitement et honoraires | 100 % BR | Néant | Néant |
| Frais de voyage et hébergement | Forfait de 350 € limité à une intervention par année civile | + 50 € limité à une intervention par année civile | + 100 € 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) ⁽¹⁾ | Forfait de 530 € | + 50 € | + 100 € |
| Maternité et prévention précoce | | | |
| Consultation pré-conceptionnelle (rencontre du couple avec un professionnel de santé gynécologue, sage-femme, médecin généraliste) recommandation de la Haute Autorité de la santé 2009 | Prise en charge de la consultation à hauteur maximale de 60 € et dans le respect des limites imposées par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable » | Néant | Néant |
| Grossesse et suivi d'accouchement : entretien hygiéno-diététique auprès d'un(e) diététicien(ne) | 50 € (Accompagnement d'une action de prévention et de sensibilisation) | Néant | Néant |
| Accompagnement allaitement dans la durée : 3 consultations d'allaitement à domicile de sages-femmes dans les 6 premiers mois du bébé. (L'OMS et l'UNICEF recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois puis en complément d'une alimentation diversifiée jusqu'à 2 ans) | 27 € par consultation (Accompagnement d'une action de prévention et de sensibilisation) | Néant | Néant |
| Fécondation in vitro | | | |
| Fécondation in vitro | Crédit de 500 € par année civile | + 80 € | + 120 € |
| Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale) | 100 % BR | Néant | Néant |
| Assistance «Frais de santé» hospitalisation et ambulatoire | | | |
| Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application du protocole existant entre AG2R Prévoyance et l'assisteuse, téléphone 0141 85 82 84 | | | |

(1) Il est versé, en cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'évènement. Le forfait maternité du salarié est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur. Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Garanties solidaires

| Nature des frais | Niveaux d'indemnisation |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solidarité intergénérationnelle pour les anciens salariés (licenciés, retraités) | Maintien du régime frais de santé avec une cotisation définie dans le respect de la réglementation en vigueur |
| Salarié en arrêt de travail de plus de 6 mois | Maintien du régime frais de santé gratuitement jusqu'à la reprise du travail ou fin du contrat |
| Couverture du régime frais de santé au minimum pendant 3 mois | Tout salarié, quelles que soient la nature et la durée de son contrat de travail bénéficie de la couverture du régime frais de santé au minimum pendant 3 mois hors période de portabilité |
| Fonds d'action sociale santé professionnel | Aides financières pour faire face à des situations exceptionnelles ou graves (accidents, hospitalisation longue, dépassements d'honoraires élevés, longue maladie, cancers) |
| Garantie portabilité | Mutualisation dans le régime frais de santé de l'obligation de l'entreprise |
| Ayant(s) droit de salarié décédé | Maintien ou mise en place gratuite du régime frais de santé pendant 12 mois |
| Accès à une plateforme téléphonique dédiée à la profession | Service d'information et de prévention des difficultés des salariés et des chefs d'entreprise de la profession, Fil + Téléphone 0969 366 606 |

Prévention

| Nature des frais | Niveaux d'indemnisation |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Campagnes nationales de prévention définies par la Commission paritaire nationale pour 2024-2025 | |
| Accompagnement dans la gestion des allergies respiratoires | Programme d'accompagnement pour améliorer la santé et la qualité de vie et participer au maintien dans l'emploi des boulangers touchés par les allergies respiratoires à la farine (asthme, rhinites). Accompagnement d'une durée de 5 séances : - 1 séance d'information - 4 séances de coaching Prise en charge des 5 séances à hauteur de 150 €/HT |
| Prévention des Maladies cardio-vasculaires et du diabète | - Évaluation des facteurs de risques par un questionnaire - Parcours de suivi adapté en fonction du risque artériel et/ou diabétique |
| Prévention bucco-dentaire : - Information ; - Dépistage dans les CFA | Outils de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire (vidéo et module pédagogique) Intervention de dentistes pour action de sensibilisation et dépistage bucco-dentaire dans plus de 150 Centres de Formations d'Apprentis auprès d'environ 6000 apprentis pour les années scolaires 2024-2025 Campagne d'incitation à une consultation. |
| Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés ⁽¹⁾ | - Nature de l'action : Sensibilisation à un parcours de santé bucco-dentaire avec examen de prévention à 35 ans et à 55 ans - Niveau de prise en charge : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire de votre tableau de garanties frais de santé |
| Prévention du diabète de type II | Suite à l'enquête épidémiologique de 2014-2015, pérennisation de : l'Auto questionnaire, la Vidéo de sensibilisation |
| Prévention de l'allergie à la farine : - Information sur l'hygiène respiratoire ; - Dépistage dans les CFA | Vidéos de sensibilisation à l'hygiène respiratoire Intervention de médecins ou d'infirmières pour action de sensibilisation et dépistage sur l'hygiène respiratoire dans plus de 150 Centres de Formations d'Apprentis auprès d'environ 6000 apprentis pour l'année scolaire 2024-2025 |
| Prévention des troubles veineux : - Sensibilisation aux troubles veineux et à la problématique des jambes lourdes | Parcours d'auto-dépistage et d'accompagnement par une application dédiée |

(1) En complément des examens bucco-dentaires de prévention dans le cadre du programme M'T dents (à 3,6,9,12,15,18,21 et 24 ans et pour les femmes enceintes)

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.