

**Au 01/01/2025**

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.

**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 (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :

- 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 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).

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Conventionné	Non conventionné	
<b>Hospitalisation (en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité)</b>			
Frais de séjour	480 % BR	100 % 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		
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM	480 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière	2,5 % PMSS / jour		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	1,5 % PMSS / jour		
<b>Transport</b>			
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR		
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux remboursés Sécurité sociale</b>			
Généralistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	250 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	200 % BR	200 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	300 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	300 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	200 % BR	200 % BR
<b>Honoraires médicaux non remboursés Sécurité sociale</b>			
Chiropraxie, diététique, ostéopathie, pédicurie, podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	45 € / séance dans la limite de 4 séances / année civile / bénéficiaire, pour l'ensemble des spécialités		

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	260 % BR	
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	260 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursées Sécurité sociale	260 % BR	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Médicaments</b>		
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée Sécurité sociale	100 % BR	
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		
Petit appareillage	260 % BR	
Grand appareillage	300 % BR	
<b>Actes de prévention remboursés Sécurité sociale</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	
<b>Aides auditives<sup>(3)</sup></b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(2)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
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) par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
<b>Équipements libres<sup>(4)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100 % BR + 1000 € / oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus	
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) par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100 % BR + 300 € / oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus	
<b>Piles et autres consommables et accessoires remboursés Sécurité sociale<sup>(1)</sup></b>	100 % BR	

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

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

(3) 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).

(4) 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 régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>		
Inlay core	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	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier maîtrisé <sup>(2)</sup></b>		
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	400 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR dans la limite des HLF	
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>		
Inlay, onlay	300 % BR	
Inlay core	400 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	270 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale</b>		
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	400 % BR	
<b>Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale</b>		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 600 € / année civile / bénéficiaire	
<small>(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.</small>		
<small>(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.</small>		
<small>(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement</small>		
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A : - Adulte et enfant de 16 ans et plus <sup>(2)</sup>		
- Enfant - 16 ans <sup>(2)</sup>		
Prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	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)	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	100 €	
Verres de classe B : - Adulte et enfant de 16 ans et plus <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la « Grille optique » ci-après, en fonction du type de verres	
- Enfant - 16 ans <sup>(2)</sup>		
<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 dans la limite des PLV	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 250 € / année civile / bénéficiaire	
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 250 € / année civile / bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 250 € / œil / année civile / bénéficiaire	

(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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(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 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B ;
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

## Grille optique « verres de classe B »

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et plus	Enfant -16 ans
<b>Unifocaux</b>				
	Sphériques	SPH de - 6 à +6 *	140 €	115 €
		SPH < à -6 ou > à +6	200 €	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ +4	140 €	115 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	140 €	115 €
		SPH > 0 et S > +6	200 €	175 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	200 €	175 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > +4	200 €	175 €
<b>Progressifs et multifocaux</b>				
	Sphériques	SPH de - 4 à +4	200 €	175 €
		SPH < à -4 ou > à +4	350 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	200 €	175 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	200 €	175 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > +4	350 €	300 €
		SPH > 0 et S > +8	350 €	300 €
		SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	350 €	300 €

\* Le verre neutre est compris dans cette classe.

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Autres frais</b>		
Télésurveillance médicale remboursée Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L.162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR	
Garantie assistance (prévues dans le cadre de la Convention d'Assistance souscrite par AG2R Prévoyance auprès de FRAGONARD ASSURANCES (SA au capital de 37 207 660,00 € - 479 065 351 RCS Paris - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 PARIS - Entreprise régie par le Code des assurances), est mise en œuvre par AWP FRANCE SAS (SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 SAINT-OUEN - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07026 669 - <a href="http://www.orientas.fr/">http://www.orientas.fr/</a> ) dénommée sous le nom commercial « Mondial Assistance ». La garantie Assistance est régie par ses propres Conditions générales)	Protocole 921780	