



Vos garanties au 01/01/2026

Entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie

Base et surcomplémentaires – Ayants droit de salariés

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	Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Base conventionnelle	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	Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Base conventionnelle	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 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 ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESSE], 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				
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 + 1300 € ⁽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

		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Nature des frais	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 1100 € par implant, limité à 3 implants par année civile Forfait de 400 € par pilier, limité à 3 piliers 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

		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Nature des frais	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	90 €	+15 €	+45 €
		SPH > 0 et s ≤ +6	90 €	+15 €	+45 €
		SPH > 0 et s > +6	175 €	+30 €	+50 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	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 €
		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 €
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	90 €	+15 €	45 €
		SPH > 0 et s ≤ +6	90 €	+15 €	45 €
		SPH > 0 et s > +6	175 €	+30 €	50 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	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 €
		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 €
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 SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code 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'assisteur			

(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.

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.