



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Résumé des garanties

CCN des Entreprises d'expédition et d'exportation de fruits et légumes

(Brochure 3233 – IDCC 1405)

Régimes de base obligatoire et option
Ensemble du personnel

Date d'effet au 1^{er} janvier 2026

Vos garanties base et option

Pour la base, les prestations s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

Pour l'option, les prestations s'entendent en complément du régime complémentaire obligatoire.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification commune des actes médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires limites de facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : <https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referenc/plafond-securite-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 de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Postes		Niveaux d'indemnisation	
		Base obligatoire	Option
Hospitalisation			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour		150 % de la BR	–
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	+ 230 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 75 % de la BR
Chambre particulière		–	+ 100 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans		–	+ 100 € par jour
Transport			
Transport remboursé par la Sécurité sociale		100 % de la BR	–

Postes		Niveaux d'indemnisation	
		Base obligatoire	Option
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	125 % de la BR	+ 145 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 100 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	125 % de la BR	+ 145 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR	+ 190 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 55 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	170 % de la BR	+ 190 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 55 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncture, chiropractie, étio-pathie, ostéopathie		30 € par acte limité à 2 par année civile	+ 35 € par acte limité à 4 par année civile
Densitométrie osseuse		Crédit de 30 € par année civile	+ Crédit de 170 € par année civile
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)		160 % de la BR	-
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale		160 % de la BR	-
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR	-
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Contraception prescrite		Crédit de 50 € par année civile	-
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée par la Sécurité sociale		100 % de la BR	-
Non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		100 % des FR	-
Sevrage tabagique		Crédit de 50 € par année civile	-

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base obligatoire	Option
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	160 % de la BR + crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 500 € par année civile
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	–
(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.		
Aides auditives		
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	–
Équipements libres ⁽⁴⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	310 % de la BR	+ 460 €
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) ⁽³⁾	120 % de la BR	–
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la 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) 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.		
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	–
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier maîtrisé ⁽²⁾		
Inlay, onlay	170 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 350 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	–
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 340 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Panier libre ⁽³⁾		
Inlay, onlay	170 % de la BR	+ 350 % de la BR
Inlay core	125 % de la BR	–

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base obligatoire	Option
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % de la BR	+ 340 % de la BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	170 % de la BR	–
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
Orthodontie	225 % de la BR	+ 340 % de la BR
Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	–	450 % de la BR
Parodontologie	–	Crédit de 250 € par année civile
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	–	Crédit de 1 200 € par année civile
Orthodontie	–	+ 450 % de la BR
(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement. (2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement. (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement. (4) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base et l'option (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).		
Optique		
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾		
Équipement de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	–
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge 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 après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	–
Équipements libres ⁽³⁾		
Équipement de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types 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 ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV	–
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV	–
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antipétos / verres iséïconiques)	100 % de la BR	–

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base obligatoire	Option
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 200 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 200 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 230 € par année civile	+ Crédit de 345 € par œil et par année civile

- (1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % Santé, tels que définis réglementairement.
- Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond 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

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 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 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.

Ces périodes de prise en charge débutent à la date d'acquisition de l'équipement. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 à 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 le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond 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

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par équipement (monture + 2 verres)	
			Base obligatoire	Option
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	125 €	+ 250 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	225 €	+ 450 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	125 €	+ 250 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	125 €	+ 250 €
		SPH > 0 et S > + 6	225 €	+ 450 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	225 €	+ 450 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	225 €	+ 450 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	225 €	+ 450 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	225 €	+ 450 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	225 €	+ 450 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	225 €	+ 450 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	225 €	+ 450 €
		SPH > 0 et S > + 8	225 €	+ 450 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	225 €	+ 450 €

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

Niveaux d'indemnisation		
Postes	Base obligatoire	Option
Autres frais		
Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR	250 €
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (limité à un paiement par enfant déclaré)	150 €	+ 300 €
Garantie assistance - N° de convention 921805		
Assistance Hospitalisation	Incluse	-

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.