

Résumé de garanties

CCN des Hôtels, cafés, restaurants (HCR)

[Brochure n° 3292]

À compter du 1^{er} janvier 2026

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, sauf dispositions contraires précisées dans le tableau de garanties ci-dessous, 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 (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
RSS : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

Hospitalisation

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation	
		Conventionné	Non conventionné
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		110 % 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	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM	TM + 230 % BR	
	Non adhérents DPTM	TM + 100 % BR	
Chambre particulière (hors maternité)		50 € par jour	
Chambre particulière en maternité		1,5 % PMSS par jour (8 jours maximum) (au minimum 50 € par jour quelle que soit la durée)	
Frais d'accompagnement :			
Frais de lit de la personne accompagnante d'un bénéficiaire du régime frais de santé (sur présentation d'un justificatif)		15 € par jour	

Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Transport remboursé SS	TM	

Ce document original est la propriété du Groupe AG2R LA MONDIALE. Toute reproduction ou cession sans l'accord de son auteur est interdite. Non contractuel, ce document n'est ni un conseil fourni ni une consultation et ne peut engager la responsabilité du Groupe en cas d'exploitation.

La Garantie Assistance prévue au contrat 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 oeuvre 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 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>) dénommée sous le nom commercial « Mondial Assistance ». La garantie Assistance est régie par ses propres Conditions générales.

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270.



Soins courants

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation	
		Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :			
Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	TM + 20 % BR	
	Non adhérents DPTM	TM	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	TM + 20 % BR	
	Non adhérents DPTM	TM	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	TM + 20 % BR	
	Non adhérents DPTM	TM	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	TM + 20 % BR	
	Non adhérents DPTM	TM	
Non remboursés SS			
Acupuncture, Chiropractie, Étiopathie, 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)		Crédit de 300 € par année civile	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		TM	
Psychologues (actes remboursés SS)		TM	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		TM	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :			
Remboursés SS y compris honoraires de dispensation du pharmacien et vaccination antigrippale		TM	
Non remboursés SS: contraception sur prescription médicale		3 % PMSS par année civile	
Pharmacie (hors médicaments) :			
Remboursée SS		TM	
Non remboursée SS: sevrage tabagique		Crédit de 80 € par année civile	
Matériel médical			
Orthopédie, prothèses médicales et gros appareillages remboursés SS (hors appareillages dentaires, auditifs et d'optique)		65 % BR (dans tous les cas, prise en charge au minimum du TM)	
Petit appareillage médical remboursé SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100 % BR	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		TM	

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾ :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾	
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)		
Équipements libres ⁽³⁾ :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	65 % BR + 400 € ⁽²⁾	
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)	TM + 300 € ⁽²⁾	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽⁴⁾	100 % BR	

Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁵⁾		
Inlay core	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽⁸⁾	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier maîtrisé ⁽⁶⁾		
Inlay, onlay	200 % BR dans la limite des HLF ⁽⁸⁾	
Inlay core	300 % BR dans la limite des HLF ⁽⁸⁾	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR dans la limite des HLF ⁽⁸⁾	
Panier libre ⁽⁷⁾		
Inlay, onlay	200 % BR	
Inlay core	300 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	TM	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	166 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	322,50 € par prothèse	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 300 € par année civile	
Orthodontie	Crédit de 193,50 € par semestre	

Optique (y compris RSS)

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements 100 % Santé ⁽⁹⁾ :		
Monture de classe A :		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾		
Verres de classe A :		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾		
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	
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	
Équipements libres ⁽¹¹⁾ :		
Monture de classe B :		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	100 € (y compris RSS)	
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾		
Verres de classe B :		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres (y compris RSS)	
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾		
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	
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	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	273,70 € par année civile (minimum 100 % BR)	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	250 € par année civile	

- (1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (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 (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (8) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).
- (9) 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.
- (10) 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.

- (11) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique «verres de classe B»

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (y compris RSS)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ^(*)	160 €	160 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	277 €	277 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	277 €	277 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	277 €	277 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	277 €	277 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	250 €	250 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	311 €	311 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	311 €	311 €
		SPH > 0 et S > + 8	311 €	311 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	311 €	311 €

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

Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Cure thermique remboursée SS:		
Frais de traitement et honoraires	TM	
Frais de voyage et hébergement	TM	
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	8 % PMSS	
Garantie Assistance		
Assistance	Protocole n° 921780	
Télésurveillance médicale remboursée SS		
Dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale	TM	