

Résumé des garanties

Régime conventionnel obligatoire

CCN des Transports routiers (transports de marchandises et activités auxiliaires de transport) [Brochure n° 3085]

À compter du 1^{er} janvier 2026

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 (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

- OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie - 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

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		225 % BR	
Forfait patient urgences		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	250 % BR	
	Non adhérents DPTM	130 % BR	
Chambre particulière		75 € par jour	
Chambre particulière en maternité			
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		50 € par jour	

Transport

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation	
		Conventionné	Non conventionné
Transport remboursé SS		120 % BR	

Soins courants

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation	
		Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :			
Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites y compris téléconsultation)	Adhérents DPTM	150 % BR	
	Non adhérents DPTM	130 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites y compris téléconsultation)	Adhérents DPTM	200 % BR	
	Non adhérents DPTM	130 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	200 % BR	
	Non adhérents DPTM	130 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	150 % BR	
	Non adhérents DPTM	101 % BR	
Non remboursés SS			
Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		Crédit de 110 € par année civile	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		101 % BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		101 % BR	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :			
Remboursés SS		100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :			
Remboursée SS		100 % BR	
Non remboursée SS			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Crédit de 20 € par année civile	
Sevrage tabagique (prescrit)		Crédit de 65 € par année civile	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		106 % BR	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements 100 % Santé (**) :		
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 (***)	
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)		

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements libres (****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	150 % BR (***)	
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 € (****)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	150 % BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

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

(***) 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).

(****) 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).

Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 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		
Prothèses		
Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	200 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	200 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR dans la limite des HLF	
Panier libre (***)		
Inlay, onlay	200 % BR	
Inlay core	200 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	105 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	200 % BR (par semestre)	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 107,50 € par année civile	
Implants dentaires [la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant (et pilier) à l'exclusion de tout autre acte annexe : scanner, ...]	Crédit de 100 € par implant, dans la limite de 3 implants par année civile	
Orthodontie	Crédit de 100 € par semestre	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
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 (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type 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 et 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 antiphtosis / verres iséconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + Crédit de 205 € par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 205 € par année civile	

(*) 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

(**) 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'oeil 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'oeil 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.

(***) 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 (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant -16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	90 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	120 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	
		SPH > 0 et S > + 6	120 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	120 €	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	120 €	
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	120 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	130 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	120 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	120 €	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	130 €	
		SPH > 0 et S > + 8	130 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	130 €	

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

Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	350 €	
Télésurveillance médicale remboursée SS		
Dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale	100 % BR	
Téléconsultation ⁽¹⁾		
Téléconsultation médicale	Europ Assistance TCM + service 2° avis médical	
Garantie Assistance ⁽²⁾		
Assistance	Protocole 921780	

(1) La Téléconsultation médicale (avec option 2ème avis médical), régie par ses propres Conditions générales.

Elle est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine, et mise en oeuvre par EUROP Assistance (Société anonyme au capital de 48 123 637 €), entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 2, rue Pillet-Will 75009 Paris - RCS Paris n° 451 366 405.

(2) La Garantie Assistance (protocole MONDIAL ASSISTANCE n° 921780), régie par ses propres Conditions générales.

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 ».