AG2R LA MONDIALE

ÉPARGNE
RETRAITE
SANTÉ
PRÉVOYANCE

CCN des professions de la photographie

Régime Santé - Garanties en vigueur au 1er janvier 2027

Vos garanties santé

Ensemble du personnel

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
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
PLV : Prix limite 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 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

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)		Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
		Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour		150 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
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	Médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 100 % BR	+ 150 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 70 % BR	+ 70 % BR
Chambre particulière		70 € par jour	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de –16 ans (sur présentation d'un justificatif)		40 € par jour	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour

Transport

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR

Soins courants

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)		Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
		Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (Consultations et visites)	Médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Mmédecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Médecins adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale				
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologie, psychomotricité (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		20 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 20 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 30 € par acte limité à 4 actes par année civile
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)		100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale		100 % BR	Néant	+ 50 % BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Médicaments				
Remboursés Sécurité sociale		100 % BR	Néant	Néant
Non remboursée Sécurité sociale				
Contraception prescrite		Crédit de 50 € par année civile	Néant	Néant
Pharmacie (hors médicaments)				
Remboursée Sécurité sociale		100 % BR	Néant	Néant
Non remboursé Sécurité sociale	Vaccins contre la grippe	100 % FR	Néant	Néant
	Autres vaccins prescrits	Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 20 € par année civile
	Sevrage tabagique	Crédit de 75 € par année civile	+ Crédit de 20 € par année civile	+ Crédit de 20 € par année civile
Matériel médical				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		125 % BR + crédit de 150 € par année civile	+ 50 % de la BR + Crédit de 50 € par année civile	+ 100 % de la BR + Crédit de 100 € par année civile
Prothèses externes liées au traitement du cancer		RSS + 400 € limité à 1 acte par année civile (au min. 100 % BR)	+ 100 € limité à 1 acte par année civile	+ 150 € limité à 1 acte par année civile
Fauteuil pour handicapés physiques		RSS + 750 € limité à 1 acte par année civile (au min. 100 % BR)	+ 50 € limité à 1 acte par année civile	+ 50 € limité à 1 acte par année civile
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale [1]				
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	Néant	Néant
Santé bucco-dentaire				

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés – Nature de l'action :examen bucco-dentaire de prévention à 35 ans et à 55 ans – Bénéficiaires : les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal etayant droit le cas échéant)	Prise en charge selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie	Néant	Néant
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récidives			
Aide à la décision thérapeutique,notamment opératoire,d'un cancer (la pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient – oncologue, chirurgien...) – Nature de l'action:prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à lamodélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient visibles à partir de son image médicale 3D (scanner ou IRM) pour un patient ayant une suspicion de cancer opérable – Bénéficiaires : les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant)	Prise en charge à hauteur de 650 € HT par acte	Néant	Néant
Prévention des récidives de cancers – Nature de l'action:Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récidives après un traitement de cancers à partir des interventions non médicamenteuses suivantes : activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel. Accompagnement d'une durée de 3 à 6 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par des professionnels de santé du programme – Bénéficiaires : les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant)	Prise en charge totale et directe du coût du programme	Néant	Néant
Bilans de prévention			
Bilan de prévention personnel – Nature de l'action:Accès à un bilan de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention – Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant)	Prise en charge totale et directe du coût du programme	Néant	Néant

Aides auditives

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Équipements 100 % Santé (2)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) (3)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Équipements libres (4)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire (3)	100 % BR + 500 € (3) par année civile	+ 50 € réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)	+ 100 € réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) (3)	100 % BR + 300 € (1) par année civile	Néant	Néant
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale (1)	100 % BR	Néant	Néant

(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 présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2022).

Dentaire

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
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	100 % BR dans la limite des HLF	Néant	Néant
- Inlay core	300 % BR dans la limite des HLF	+ 100 % BR dans la limite des HLF (3)	+ 150 % BR dans la limite des HLF (3)
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR dans la limite des HLF	+ 100 % BR dans la limite des HLF (3)	+ 150 % BR dans la limite des HLF (3)
Prothèses panier libre (3)			
- Inlay, onlay	100 % BR	Néant	Néant
- Inlay core	300 % BR	+ 100 % BR	+ 150 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR	+ 100 % BR	+ 150 % BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	Néant	Néant
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale			
Orthodontie	300 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale			
Parodontologie	Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 75 € par année civile
Orthodontie	Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile

(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

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Équipements 100 % Santé (1)			
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (2)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (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

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Équipements libres (3)			
Monture de classe B (adulte et enfant +16 ans) (2)	70 €	+ 30 €	+ 30 €
Monture de classe B (enfant −16 ans) (2)	50 €	+ 50 €	+ 50 €
Verres de classe B (adulte et enfant +16 ans) (2)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
Verres de classe B (enfant −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 100 € par année civile	Néant	Néant
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 200 € par oeil et par année civile	+ Crédit de 100 € par œil et par année civile	+ Crédit de 200 € 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.

(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.

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		
			Essentiel	Option Confort	Option Summum
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	50 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	50 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 6	80 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < – 6 et CYL ≥ + 0,25	80 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	80 €	+ 30 €	+ 40 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	110 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 8 à 0 et CYL ≤ + 4	110 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	110 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	150 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 8	150 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < – 8 et CYL ≥ + 0,25	150 €	+ 30 €	+ 40 €

(*) 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		
			Essentiel	Option Confort	Option Summum
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	40 €	+ 20 €	+ 30 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	40 €	+ 20 €	+ 30 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	40 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 6	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < – 6 et CYL ≥ + 0,25	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH > 0 et s > + 8	75 €	+ 30 €	+ 40 €
		SPH < – 8 et CYL ≥ + 0,25	75 €	+ 30 €	+ 40 €

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

Autres frais

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option Confort	Option Summum
Cure thermale remboursée Sécurité sociale			
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Frais de voyage et hébergement	300 € limité à une intervention par année civile	Néant	+ 50 € 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)	Forfait de 200 €	Néant	+ 100 €

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.