



Résumé de garanties

Boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerces de volailles et gibiers (IDCC 992)

À compter du 1^{er} janvier 2024

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

CCAM : Classification Commune des Actes Médicales

Hospitalisation

Nature des frais	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour	200 % BR		+ 50 % BR	+ 80 % 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	Médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	+ 50 % BR	+ 80 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-
Chambre particulière	50 € par jour		+ 35 € par jour (conventionné)	+ 60 € par jour (conventionné)
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	25 € par jour		+ 20 € par jour	+ 40 € par jour
Fécondation in vitro	-		+ Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 400 € par année civile

Transport

Nature des frais	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR		-	-

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.

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 Maiesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270

Soins courants

Nature des frais		Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
		Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (Consultations et visites)	Médecins adhérents à un DPTM	200 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	180 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Médecins adhérents à un DPTM	200 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	180 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Médecins adhérents à un DPTM	200 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	180 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Médecins adhérents à un DPTM	130 % BR	+ 50 % BR	+ 90 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	110 % BR	+ 50 % BR	+ 90 % BR
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale				
Acupuncture, chiropractie, étio-pathie, nutritionniste, ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		50 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	+ Crédit de 80 € par année civile	+ Crédit de 120 € par année civile
Pour le seul salarié				
Du fait de l'exercice des métiers de la Boucherie, Boucherie-Charcuterie, Boucherie Hippophagique, Triperie, Commerce de Volailles et gibiers, mais sans que la cause de la consultation soit liée nécessairement à des raisons professionnelles (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		Prise en charge par le fonds de solidarité dédié du régime jusqu'à 4 actes d'acupuncture, chiropractie et ostéopathie par année civile, dès le 4 ^e acte et jusqu'au 7 ^e acte de l'année civile (dans la limite du fonds)	-	-
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)		100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)		100 % BR	-	-
Kinésithérapeutes		100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale		100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Forfaits actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Médicaments				
Remboursés Sécurité sociale		100 % BR	-	-

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Non remboursées Sécurité sociale : forfait automédication*	-	30 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-
Non remboursés Sécurité sociale			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Crédit de 50 € par an et par bénéficiaire	-	-
Sevrage tabagique	Crédit de 30 € par an et par bénéficiaire	-	-
Matériel médical			
Orthopédie , autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives , dentaires et d'optique)	100 % BR + Crédit de 500 € par année civile	+ Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 400 € par année civile
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	-	-
Intervention de formateurs secouristes agréés dans des Centres de Formation et d'Apprentissage (CFA)	Sensibiliser les apprentis en boucherie aux gestes de premiers secours notamment en cas d'accidents liés à des risques professionnels	-	-
Outils de sensibilisation aux gestes de premiers secours	Plateforme en ligne	-	-
Santé bucco-dentaire			
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	-	-
Niveau de prise en charge	Selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie	-	-
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récives			
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 (oncologues , chirurgien...)			
Nature de l'action	Prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à la modélisation 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	-	-

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Niveau de prise en charge	À hauteur de 650 € HT/acte	-	-

Prévention des récurrences de cancers

Nature de l'action	Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences 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 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme .	-	-
Niveau de prise en charge	Prise en charge totale et directe du coût du programme	-	-

Bilan de prévention personnel

Nature de l'action	Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention	-	-
Niveau de prise en charge	Prise en charge totale	-	-

Aides auditives

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2

Équipements 100 % Santé *

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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽¹⁾	-	-
--	---	---	---

Équipements libres ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 800 € ⁽¹⁾	+ 400 € ⁽¹⁾	+ 500 € ⁽¹⁾
---	---------------------------------	------------------------	------------------------

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 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)	100 % BR + 300 € ⁽¹⁾	-	-
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽³⁾	100 % BR + 400 € par année civile et par bénéficiaire	-	-

* Équipements de classe I tels que définis réglementairement

(1) 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)

(2) 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)

(3) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

Dentaire

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Soins et prothèses 100 % Santé *			
Inlay core	RSS + 100 % des frais dans la limite des HLF (**)	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	-	-
Prothèses			
Panier maîtrisé⁽¹⁾			
Inlay simple, onlay	330 % BR dans la limite des HLF (**)	+ 100 % BR dans la limite des HLF (**)	+ 170 % BR dans la limite des HLF (**)
Inlay core	330 % BR dans la limite des HLF (**)	+ 70 % BR dans la limite des HLF (**)	+ 110 % BR dans la limite des HLF (**)
Autres appareillages prothétiques dentaires	330 % BR dans la limite des HLF (**)	+ 100 % BR dans la limite des HLF (**)	+ 170 % BR dans la limite des HLF (**)
Panier libre⁽²⁾			
Inlay simple, onlay	330 % BR	+ 100 % BR	+ 170 % BR
Inlay core	330 % BR	+ 70 % BR	+ 110 % BR
Autres appareillages prothétiques dentaires	330 % BR	+ 100 % BR	+ 170 % BR
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale			
Orthodontie	280 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % 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 SS	-	+ 100 % BR	+ 170 % BR

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Parodontologie ⁽³⁾	Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 400 € par année civile	+ Crédit de 600 € par année civile
Implants dentaires ⁽⁴⁾	800 € par acte limité à 3 actes par année civile	+ 100 € par acte limité à 3 actes par année civile	+ 300 € par acte limité à 3 actes par année civile
Orthodontie	280 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % BR

* Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement

(3) La garantie « parodontologie » comprend les actes suivants : HBAA338, HBFA003, HBFA004, HBFA005, HBFA006, HBFA007, HBFA008, HBFA012, HBFA013, HBGB001, HBGB006, HBJA003, HBLD050, HBLD051, HBLD052, HBLD053, HBMA001, HBMA003, HBMA004, HBMA006, HBMD018, HBQD001, LBGD001, HBBA002, HBBA003, HBBA004, HBED023, HBED024, HBGB002, HBGB003, HBGB004, HBGB005, HBJB001, HBJD001

(4) La garantie « implantologie » comprend les actes suivants qui couvrent la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier) : LBLD004, LBLD010, LBLD013, LBLD015, LBLD020, LBLD025, LBLD026, LBLD038, LBLD066, LBLD075, LBLD117, LBLD200, LBLD261, LBLD281, LBLD294.

** 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 dit « BASE » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Optique

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2

Équipements 100 % Santé *

Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁾	RSS + 100 % des frais dans la limite des PLV	-	-
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 dans la limite des PLV	-	-
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais dans la limite des PLV	-	-

Équipements libres ⁽²⁾

Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁾	100 €	-	-
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁾	Voir grille optique ⁽³⁾	Voir grille optique ⁽³⁾	Voir grille optique ⁽³⁾

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 Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 160 € par an et par bénéficiaire	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 90 € par année civile
---	---	-----------------------------------	-----------------------------------

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par an et par bénéficiaire	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 90 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1 000 € par an et par bénéficiaire	+ Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 300 € 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.

(1) 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.

(2) 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.

(3) Grille optique des verres de classe B :

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)		
			Base	Option 1	Option 2
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	70 €	+ 40 €	+ 85 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	110 €	+ 40 €	+ 85 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €	+ 40 €	+ 85 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	70 €	+ 40 €	+ 85 €
		SPH > 0 et s > + 6	110 €	+ 40 €	+ 85 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	110 €	+ 40 €	+ 85 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	110 €	+ 40 €	+ 85 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	130 €	+ 60 €	+ 100 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 €	+ 60 €	+ 100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	130 €	+ 60 €	+ 100 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	130 €	+ 60 €	+ 100 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150 €	+ 60 €	+ 100 €
		SPH > 0 et s > + 8	150 €	+ 60 €	+ 100 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	150 €	+ 60 €	+ 100 €

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

Couvertures annexes

Nature des frais	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Cure thermale remboursée Sécurité sociale			
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	-	-
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 250 € par année civile et par bénéficiaire	+ 200 € par année civile et par bénéficiaire	+ 400 € par année civile et par bénéficiaire
Forfait maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 250 € par enfant déclaré	+ 100 € par enfant déclaré	+ 150 € par enfant déclaré
Télésurveillance médicale remboursée Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivant du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR	-	-