

# Tableau de garanties

## CCN des opérateurs de voyages et guides

**Régime frais de santé (100% santé)**
**Régime de base complémentaire obligatoire**
**Date d'effet : 01/01/2024**

Les prestations viennent en complément de la part Sécurité sociale, à l'exception des postes exprimés en pourcentage des frais réels, qui s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit sont versées par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font 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 2024

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

Postes	Niveaux d'indemnisation	
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Frais de séjour	200 % de la BR	
Pour le secteur non conventionné	100 % du TM	
Forfait journalier hospitalier, Forfait patient urgences (FPU) et Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Honoraires</b>		
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un DPTM	200 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Chambre particulière</b>		
Pour le secteur non conventionné	2,5 % du PMSS par nuit	
<b>Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de - 16 ans</b>		
Pour le secteur non conventionné	1 % du PMSS par nuit	

### Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % du TM

## Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation	
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	50 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % du TM
Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	80 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	80 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	50 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % du TM
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	50 % de la BR	
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % du TM	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	50 % de la BR	
<b>Forfait actes dits « lourds »</b>		
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Médicaments</b>		
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % du TM	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % du TM	
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	65 % de la BR	
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % du TM	

## Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire <sup>(2)</sup>	100 % du TM + 360 €
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	100 % du TM + 300 €
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>	100 % du TM

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

(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) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

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

## Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Inlay core	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
<b>Prothèses</b>	
<b>Panier maîtrisé<sup>(2)</sup></b>	
Inlay, onlay	100 % du TM dans la limite des HLF
Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125 % de la BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre<sup>(3)</sup></b>	
Inlay, onlay	100 % du TM
Inlay core	125 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125 % de la BR
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % du TM
<b>Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Orthodontie	125 % 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.

## Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Monture de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>	
<b>Monture de Classe B :</b>	
Adulte et enfant de 16 ans et + <sup>(2)</sup>	100 € (RSS inclus)
<b>Verres de Classe B :</b>	
Adulte et enfant de 16 ans et + <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci- après en fonction des types de verres
Monture de Classe B : Enfant de - de 16 ans <sup>(2)</sup>	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Enfant de - de 16 ans <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci- après en fonction des types de verres
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</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 % du TM dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % du TM dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % du TM

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % du TM + crédit de 100 € par année civile <sup>(4)</sup>
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 100 € 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  
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 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- 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. 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.
- (4) La prise en charge à « 100 % du TM » en complément du crédit ne concerne que les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale.

## 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 verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (1)	60 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	60 €	50 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	60 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	60 €	50 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	60 €	50 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	60 €	50 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	100 €	80 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	100 €	80 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	100 €	80 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	100 €	80 €
		SPH > 0 et S > + 8	100 €	80 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	100 €	80 €

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

## Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale</b>	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % du TM
<b>Garantie Mondial assistance<sup>(1)</sup> – N° de convention 921780</b>	
Tél : 01 41 05 70 30	Incluse

(1) La Garantie Assistance prévue 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 œuvre 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 ».

# Tableau de garanties

## CCN des opérateurs de voyages et guides

**Régime frais de santé (100% santé)**
**Régime surcomplémentaire facultatif**
**Date d'effet : 01/01/2024**

Les prestations s'entendent y compris la garantie base.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit sont versées par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font 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 2023

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

Postes	Niveaux d'indemnisation	
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Frais de séjour	100 % des FR - SS	
Pour le secteur non conventionné	80 % des FR - SS	
Frais de séjour chirurgical	100 % des FR limité à 400 % de la BR	
Pour le secteur non conventionné	80 % des FR limité à 400 % de la BR	
Forfait journalier hospitalier, Forfait patient urgences (FPU) et Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Honoraires</b>		
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un DPTM	400 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % du TM + 100 % de la BR
Chambre particulière	4 % du PMMS par nuit	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de - 16 ans	3 % du PMMS par nuit	

### Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % du TM

## Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation	
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	200 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	200 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	200 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	200 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	130 % de la BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	200 % de la BR	
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % du TM	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	200 % de la BR	
<b>Forfait actes dits « lourds »</b>		
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Médicaments</b>		
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % du TM	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % du TM	
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	200 % de la BR	
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % du TM	

## Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire <sup>(2)</sup>	100 % du TM + 1040 € dans la limite du plafond réglementaire (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	100 % du TM + 300 € dans la limite du plafond réglementaire (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>	100 % du TM

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

(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) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

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

## Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Inlay core	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
<b>Prothèses</b>	
<b>Panier maîtrisé<sup>(2)</sup></b>	
Inlay, onlay	200 % de la BR dans la limite des HLF
Inlay core	300 % de la BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % de la BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre<sup>(3)</sup></b>	
Inlay, onlay	200 % de la BR
Inlay core	300 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % de la BR
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	200 % de la BR
<b>Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Orthodontie	200 % 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.

## Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Monture de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	+ 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>	
Monture de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	Voir grille optique ci-après
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</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 % du TM dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % du TM dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % du TM
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	TM + crédit de 200 € par année civile <sup>(4)</sup>
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 200 € 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  
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 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- 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. 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.
- (4) La prise en charge à « 100 % du TM » en complément du crédit ne concerne que les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale.

## 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 verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (1)	100 €	80 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	100 €	80 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100 €	80 €
		SPH > 0 et S > + 6	100 €	80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	100 €	80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	100 €	80 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	200 €	150 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	200 €	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	200 €	150 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	150 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	200 €	150 €
		SPH > 0 et S > + 8	200 €	150 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	200 €	150 €

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

## Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale</b>	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % du TM
<b>Garantie Mondial assistance<sup>(1)</sup> – N° de convention 921780</b>	
Tél : 01 41 05 70 30	Incluse

(1) La Garantie Assistance prévue 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 œuvre 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 ».