

GARANTIES UNIPRO 2021

Les remboursements ci-dessous viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Quelle que soit la garantie, le remboursement ne peut être inférieur à 100% du TM.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

NATURE DES SOINS	PRO ANI (responsable)	PRO INITIALE (responsable)	PRO TRANQUILLITÉ (responsable)	PRO CONFORT (responsable)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 1 (y compris garantie PRO CONFORT)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 2 (y compris garantie PRO CONFORT)
HOSPITALISATION						
Frais de séjour dans un établissement conventionné ou non conventionné	100 % BR-MR	100 % BR-MR	130 % BR-MR	180 % BR-MR	280 % BR-MR	400 % BR-MR
Honoraires Médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	130 % BR-MR	210 % BR-MR	310 % BR-MR	400 % BR-MR
Honoraires Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	110 % BR-MR	190 % BR-MR	270 % BR-MR	380 % BR-MR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour)	non garanti	2% PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation	3% PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation	4% PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation	5 % PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation	5 % PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans (par jour). Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an	non garanti	non garanti	1% PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation	2% PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation	2 % PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation	2 % PMSS en vigueur au jour de l'hospitalisation
Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge. L'indemnisation : - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, - des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.						
MATERNITÉ						
Forfait maternité La prestation est doublée en cas de naissances multiples	non garanti	non garanti	10% PMSS en vigueur au jour de la naissance	15% PMSS en vigueur au jour de la naissance	18 % PMSS en vigueur au jour de la naissance	20 % PMSS en vigueur au jour de la naissance
Chambre particulière (par jour)	non garanti	non garanti	3% PMSS en vigueur au jour de la naissance	4% PMSS en vigueur au jour de la naissance	5 % PMSS en vigueur au jour de la naissance	5 % PMSS en vigueur au jour de la naissance
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Consultations - Visites de médecins généralistes/spécialistes adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	130 % BR-MR	200 % BR-MR	250 % BR-MR (généralistes)	400 % BR-MR (généralistes)
Consultations - Visites de médecins généralistes/spécialistes non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	110 % BR-MR	180 % BR-MR	210 % BR-MR (généralistes)	280 % BR-MR (généralistes)
Consultation / Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	-	-	-	-	300 % BR-MR	400 % BR-MR
Consultation / Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	-	-	-	-	260 % BR-MR	380 % BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	130 % BR-MR	200 % BR-MR	200 % BR-MR	400 % BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	110 % BR-MR	180 % BR-MR	180 % BR-MR	380 % BR-MR
Imagerie médicale						
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	130 % BR-MR	200 % BR-MR	250 % BR-MR	400 % BR-MR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	100 % BR-MR	110 % BR-MR	180 % BR-MR	210 % BR-MR	380 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire						
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	170 % BR-MR	220 % BR-MR	400 % BR-MR
Honoraires paramédicaux						
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR-MR	100 % BR-MR	120 % BR-MR	190 % BR-MR	190 % BR-MR	400 % BR-MR
Médicaments						
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de	-	-	-	-	non garanti	30 Euros
Autres postes - Soins Courants						
Actes de chirurgie médecins adhérents au DPTAM	-	-	-	-	300 % BR-MR	400 % BR-MR
Actes de chirurgie médecins non adhérents au DPTAM	-	-	-	-	260 % BR-MR	380 % BR-MR
Matériel Médical						
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % BR-MR	160 % BR-MR	260 % BR-MR	360 % BR-MR	360 % BR-MR	400 % BR-MR

GARANTIES UNIPRO 2021

Les remboursements ci-dessous viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Quelle que soit la garantie, le remboursement ne peut être inférieur à 100% du TM.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

NATURE DES SOINS	PRO ANI (responsable)	PRO INITIALE (responsable)	PRO TRANQUILLITÉ (responsable)	PRO CONFORT (responsable)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 1 (y compris garantie PRO CONFORT)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 2 (y compris garantie PRO CONFORT)
MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES						
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	non garanti	15 Euros	20 Euros	30 Euros	45 Euros	50 Euros
		Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :		4 séances	4 séances	4 séances	4 séances	4 séances
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n°FINESS du praticien sera demandé.						
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé*	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Soins (Hors 100% Santé)						
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % BR-MR	125 % BR-MR	150 % BR-MR	170 % BR-MR	170 % BR-MR	400 % BR-MR
les trois actes suivants de parodontologie (non pris en charge) : - Curetage / surfaçage - Greffe gingivale - Lambeau dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	non garanti	non garanti	150 Euros	250 Euros	350 Euros	350 Euros
Prothèses (Hors 100% Santé)						
à tarifs limités**	125 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR	170 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR	270 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR	370 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR	500 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR	500 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR
à tarifs libres***	125 % BR-MR	170 % BR-MR	270 % BR-MR	370 % BR-MR	500 % BR-MR	500 % BR-MR
Orthodontie						
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale.	125 % BR-MR	125 % BR-MR	200 % BR-MR	250 % BR-MR	250 % BR-MR	400 % BR-MR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre dans limite de 4 semestres consécutifs par bénéficiaire	non garanti	non garanti	200 Euros	300 Euros	400 Euros	800 Euros
Implantologie dentaire						
Pose de l'implant (Phase opératoire)	non garanti	non garanti	15% PMSS en vigueur au jour de la dépense, par implant	15% PMSS en vigueur au jour de la dépense, par implant	30 % PMSS en vigueur au jour de la dépense, par implant	30 % PMSS en vigueur au jour de la dépense, par implant
Faux moignon implantaire						
dans la limite par an et par bénéficiaire			3	3	3	3
*Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).						
**Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les «Soins et prothèses 100% Santé» dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).						
***Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.						
OPTIQUE						
Verres et monture (Voir annexe)						
Equipements 100% Santé*	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Adulte (Bénéficiaire de 16 ans ou plus)						
Grille Optique Verres et monture à tarifs libres	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture
Enfant (Bénéficiaire de moins de 16 ans)						
Grille Optique Verres et monture à tarifs libres	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

GARANTIES UNIPRO 2021

Les remboursements ci-dessous viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Quelle que soit la garantie, le remboursement ne peut être inférieur à 100% du TM.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

NATURE DES SOINS	PRO ANI (responsable)	PRO INITIALE (responsable)	PRO TRANQUILLITÉ (responsable)	PRO CONFORT (responsable)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 1 (y compris garantie PRO CONFORT)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 2 (y compris garantie PRO CONFORT)
OPTIQUE (suite)						
Autres postes optique						
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100% BR-MR	30 Euros	60 Euros	150 Euros	250 Euros	10 % PMSS
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par œil) par bénéficiaire et par année civile	non garanti	non garanti	300 Euros	400 Euros	550 Euros	25 % PMSS
AIDES AUDITIVES						
Jusqu'au 31 décembre 2020						
Equipements de classe 1 ou 2	100 % BR-MR	160 % BR-MR	260 % BR-MR	360 % BR-MR	360 % BR-MR	500 % BR-MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	160 % BR-MR	260 % BR-MR	360 % BR-MR	360 % BR-MR	500 % BR - MR
À partir du 1^{er} janvier 2021						
Équipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Equipements à tarifs libres (Classe 2)						
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans	400 Euros - MR	640 Euros - MR	1040 Euros - MR	1440 Euros - MR	1440 Euros - MR	2000 Euros - MR
Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans	1400 Euros - MR	1700 Euros - MR	1700 Euros - MR	1700 Euros - MR	2000 Euros - MR	2000 Euros - MR
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.						
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	160 % BR-MR	260 % BR-MR	360 % BR-MR	360 % BR-MR	500 % BR-MR
*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).						
AUTRES POSTES						
Frais de Transport	100 % BR-MR	165 % BR-MR	165 % BR-MR	165 % BR-MR	165 % BR-MR	200 % BR-MR
Cures Thermales : frais médicaux, de séjour et de transport pris en charge par le Sécurité sociale Les honoraires d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM sont plafonnés à TM+100% BR	non garanti	non garanti	15 % PMSS en vigueur au jour de la cure	20 % PMSS en vigueur au jour de la cure	20 % PMSS	20 % PMSS
Frais d'obsèques En cas de décès d'un bénéficiaire, le montant est remboursé à la personne chargée d'organiser les obsèques dans la limite des frais réels	non garanti	non garanti	75 % PMSS en vigueur au jour du décès	100 % PMSS en vigueur au jour du décès	100 % PMSS	100 % PMSS
PRÉVENTION						
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire.	non garanti	forfait global de 4 % PMSS en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire	forfait global de 8 % PMSS en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire	forfait global de 12 % PMSS en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire	forfait global de 12 % PMSS en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire	forfait global de 12 % PMSS en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire
Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin, par enfant de moins de 12 ans.	non garanti					
Prévention bucco-dentaire (scellement prophylactique des puits, sillons et fissures).						
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum.	100 % BR-MR	125 % BR-MR	150 % BR-MR	170 % BR-MR	170 % BR-MR	170 % BR-MR
Dépistage de l'Hépatite B.	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	170 % BR-MR	220 % BR-MR	220 % BR-MR
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250.	600 Euros	600 Euros	600 Euros	600 Euros	600 Euros	600 Euros
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, par année civile et par bénéficiaire.	200 Euros	200 Euros	200 Euros	200 Euros	200 Euros	200 Euros
Dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 49 ans remboursé par la Sécurité Sociale et prescrit (1 acte tous les 5 ans).	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, par année civile et par bénéficiaire :	100 Euros	100 Euros	100 Euros	100 Euros	100 Euros	100 Euros
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale :	TM	TM	TM	TM	TM	TM

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.
FR = Frais réels.
FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale
EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale
PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.
Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

GARANTIES UNIPRO 2021

GRILLE OPTIQUE ANNEXE (VERRES ET MONTURE)

Les remboursements ci-dessous viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Quelle que soit la garantie, le remboursement ne peut être inférieur à 100% du TM.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

NATURE DES SOINS	PRO ANI (responsable)	PRO INITIALE (responsable)	PRO TRANQUILLITÉ (responsable)	PRO CONFORT (responsable)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 1 (y compris garantie PRO CONFORT)	SURCOMPLÉMENTAIRE NIVEAU 2 (y compris garantie PRO CONFORT)
OPTIQUES ADULTES (Bénéficiaire de 18 ans ou plus)						
Avec verres unifocaux simples - Sphère entre -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	50 Euros - MR	60 Euros - MR	90 Euros - MR	130 Euros - MR	190 Euros - MR	230 Euros - MR
Avec verres unifocaux complexes - Sphère hors zone -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6	150 Euros - MR	210 Euros - MR	230 Euros - MR	300 Euros - MR	420 Euros - MR	460 Euros - MR
Avec verres multifocaux complexes - Sphère entre -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	150 Euros - MR	250 Euros - MR	270 Euros - MR	450 Euros - MR	590 Euros - MR	650 Euros - MR
Avec verres multifocaux très complexes - Sphère hors zone -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8	150 Euros - MR	250 Euros - MR	270 Euros - MR	450 Euros - MR	590 Euros - MR	650 Euros - MR
Monture	50 Euros - MR	80 Euros - MR	100 Euros - MR	100 Euros - MR	250 Euros - MR	350 Euros - MR
OPTIQUES ENFANTS (Bénéficiaire de moins de 18 ans)						
Avec verres unifocaux simples - Sphère entre -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	50 Euros - MR	60 Euros - MR	90 Euros - MR	130 Euros - MR	190 Euros - MR	230 Euros - MR
Avec verres unifocaux complexes - Sphère hors zone -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6	150 Euros - MR	210 Euros - MR	230 Euros - MR	300 Euros - MR	420 Euros - MR	460 Euros - MR
Avec verres multifocaux complexes - Sphère entre -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	150 Euros - MR	210 Euros - MR	230 Euros - MR	300 Euros - MR	420 Euros - MR	480 Euros - MR
Avec verres multifocaux très complexes - Sphère hors zone -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8	150 Euros - MR	210 Euros - MR	230 Euros - MR	300 Euros - MR	420 Euros - MR	480 Euros - MR
Monture	50 Euros - MR	80 Euros - MR	100 Euros - MR	100 Euros - MR	250 Euros - MR	350 Euros - MR

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.