



Santé

Les garanties **SUPRAGA**

Offre SUPRAGA

Conventions N°2282004110000

& N°2282004110010

Janvier 2025

Vos remboursements de frais de santé

Contrat « responsable »

Votre convention est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

En conséquence :

Elle prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermique,
- l'intégralité 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 la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- l'intégralité des verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage 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).
- les verres et monture de classe B à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.
- Les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que dans certains cas spécifiques.

- à effet du 1er janvier 2021, l'intégralité 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).
- à effet du 1er janvier 2021, les aides auditives de classe 2 à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

Elle ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds) applicables aux consultations et à certains examens médicaux, ni les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport,
- les dépassements des Prix Limite de Vente (PLV) des soins dentaires prothétiques à prise en charge renforcée ou à tarifs limités, les verres et monture de classe A et les aides auditives de classe 1 lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Et de manière générale, elle respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Le cahier des charges du contrat « responsable » pourrait évoluer avec de nouvelles obligations de prise en charge pour l'assureur dès le 1er janvier 2025. Conformément à notre engagement de garantir le caractère responsable de vos conventions traitant des dispositions relatives à la garantie frais de santé, ces éventuelles évolutions réglementaires seront prises en compte dans les prochains remboursements dès que les modalités seront connues.

En outre, la présente convention :

- vous permet et à vos ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent. De plus, le contrat responsable permet également de bénéficier du tiers-payant à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les aides auditives, l'optique et le dentaire.
- reprend l'ensemble des libellés normés et les exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

Les frais que nous prenons en charge

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits dans votre certificat d'adhésion, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans votre tableau de garanties.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

Nous ne prenons pas en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont effectués en dehors du territoire français, à l'exception de ceux :

- effectués par un adhérent, ayant le statut de travailleur frontalier, ou de ses bénéficiaires, s'ils sont domiciliés en dehors du territoire français, et si ces soins sont effectués sur leur pays de résidence principale ;
- intervenant dans le cadre de soins inopinés (hospitalier ou ambulatoire) ou de soins programmés avec entente préalable de l'assureur.

Ces exceptions ne s'appliquent pas à la garantie « Médecines non conventionnelles ».

EXCLUSIONS

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

Nous ne prenons pas en charge les séjours et frais relatifs :

- aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,
- aux établissements ou unités de longs séjours ;
- aux établissements ou unités pour personnes âgées.

Nous ne prenons pas en charge les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre Régime Obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires).

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, nous appliquons la garantie sur la base du tarif d'autorité.

À ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

Dans l'hypothèse où l'assureur démontrerait une fraude commise par vous ou vos bénéficiaires couverts par ce contrat, l'assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations de santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

Les montants des garanties

Sauf mention contraire, le niveau des remboursements exprimé ci-après intègre le montant des prestations versées au titre du contrat de base PRAGA 100 % et de la Sécurité sociale française. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

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

Il est rappelé que les remboursements de frais relatifs à la prévention, les frais de transport, la pharmacie, les consultations et soins dentaires ainsi que le forfait journalier sont pris en charge au titre du contrat frais de santé PRAGA 100 (voir notice dudit contrat).

Tableau de garanties

SUP PRAGA 200% y compris la Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %		SUP PRAGA 300% y compris la Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %
Hospitalisation		
Hospitalisation chirurgicale et médicale		
Frais de séjour		
dans un établissement conventionné	200 % BR	300 % BR
dans un établissement non conventionné	200 % BR	300 % BR
Honoraires		
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	220 % BR	300 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds (1)	100 % Forfait	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour)	2 % PMSS	4% PMSS
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	1 % PMSS	2 % PMSS
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.		
(1) Définition : pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros.		
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 des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.		
Maternité		
Forfait maternité destiné à couvrir les frais d'accouchement de la bénéficiaire et les 5 premiers jours d'hospitalisation.	10 % PMSS	15 % PMSS
La prestation est doublée en cas de naissances multiples		
Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé*	100 % PLV	100 % PLV
Soins (Hors 100% Santé)		
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale		
- Curetage / surfaçage		
- Greffe gingivale	10 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)	25 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)
- Lambeau		
- Allongement corronaire		
dans la limite annuelle par bénéficiaire		
Prothèses (Hors 100% Santé) y compris Inlays onlays d'obturation, Inlays core		
à tarifs limités**	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	400 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres***	200 % BR	400 % BR
Les prothèses dentaires (hors inlays onlays et prothèses provisoires) sont limitées à 6 par année civile et par bénéficiaire (2)		
Supplément dents du sourire (Incisive et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières	100 % BR	200 % BR
Orthodontie		
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	200 % BR	300 % BR
Implants et prothèses sur implants dentaires (non remboursées par la Sécurité sociale):		
Pose de l'implant (Phase opératoire) dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire		
Faux moignon implantaire dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire		
Bridge de base 3 éléments sur implants		
Eléments supplémentaire de bridge	10 % PMSS /an (en complément du RO)	30 % PMSS/implant (en complément du RO)
Prothèses fixes sur dents vivantes ou non délabrées		
Bridges de base sur dents naturelles saines		
Piliers de bridge supplémentaires sur dent naturelle saine		
(2) Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, au-delà du plafond, le niveau des prestations est égal à 100% du TM (soit 100% BR y compris les remboursements de la Sécurité sociale).		
*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.		

SUP PRAGA 200% y compris la Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %	SUP PRAGA 300% y compris la Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %
---	---

Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM		220 % BR	300 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM		200 % BR	200 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM		220 % BR	300 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM		200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM		220 % BR	300 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM		200 % BR	200 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale		100 % TM	100 % TM
Imagerie médicale			
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM		220 % BR	300 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM		200 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
pris en charge par la Sécurité sociale		200 % BR	300 % BR
Honoraires paramédicaux			
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues		200 % BR	300 % BR
Médicaments			
Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%		100 % BR	100 % BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale par bénéficiaire et par an		60 €	60 €
Matériel Médical			
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques, pris en charge par la Sécurité sociale.		200 % BR	300 % BR
Médecines non conventionnelles			
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,			
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire			
- de X séances :		3 séances / an / bénéficiaire	
- d'un forfait de :		80 € /an	160 € / an
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 ou le n°RPPS du praticien sera demandé. Nous prenons en charge les actes sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS.			
Ce professionnel doit donc être un médecin, un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (Infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue.			
Aides auditives			
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
A partir du 1er janvier 2021			
Equipements 100% Santé* (Classe 1)		100 % PLV	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)			
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)		524 Euros	861 Euros
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)		560 Euros	861 Euros
dans la limite annuelle par appareil		1 700 €	1 700 €
Les garanties des équipements auditifs intègrent le PRAGA 100 mais est en complément le remboursement du régime obligatoire.			
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR
*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	100 % BR
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale			
Frais médicaux, de séjour et de transport		10 % PMSS (en complément du RO et y compris le PRAGA 100)	15 % PMSS (en complément du RO et y compris le PRAGA 100)
Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100% BR			
Prévention			
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR
Vaccin antigrippal		100 % FR	100 % FR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival , effectué en deux séances maximum		100 % BR	100 % BR
Optique			
Verres et monture			
Equipements 100% Santé *		100 % PLV	100 % PLV
Verres et montures à tarifs libres (classe B)			
Monture		100 Euros	100 Euros
Verres simples	Avec verres unifocaux - Sphère entre -6 et 6 - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4	50 Euros / verre	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
Verres complexes	Avec verres unifocaux - Sphère hors zone -6 et 6 - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre > 4	122 Euros / verre	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
	Avec verres multifocaux - Sphère entre -4 et 4 - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4		
Verres très complexes	Avec verres multifocaux - Sphère hors zone -4 et 4 - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre > 4	152 Euros / verre	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du régime obligatoire.			
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 la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.			
Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, Il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.			
*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).			
Autres postes optique			
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire		5 % PMSS	10 % PMSS
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de		100 % TM	100 % TM
Implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte (par oeil)		152 Euros	315 Euros
L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par oeil) par bénéficiaire et par année civile		10 % PMSS	15 % PMSS
Services			
Assistance		OUI	OUI

Pour mieux comprendre les garanties :

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 : Pourcentage du 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.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR : Frais réels.

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.

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.

Tiers payant : disposition vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité

Sous réserve de l'accord du professionnel de santé, et sur envoi d'une note d'honoraires détaillant la nature des prothèses auditives, nous proposons la dispense d'avance des frais pour la part prise en charge par nos soins. Toute dispense d'avance de frais fera l'objet d'un accord préalable du gestionnaire santé TESSI selon les modalités décrites sur votre carte de Tiers Payant Optique-Dentaire-Auditif.

Sous réserve de l'accord des opticiens, et sur envoi de la facture détaillée des verres et monture, nous proposons la dispense d'avance des frais sur le poste verres et monture pour la part prise en charge par nos soins. Toute dispense d'avance de frais fera l'objet d'un accord préalable du gestionnaire santé TESSI selon les modalités décrites sur votre carte de Tiers Payant Optique-Dentaire-Auditif.

Sous réserve de l'accord des chirurgiens-dentistes, et sur envoi d'une note d'honoraires détaillant le numéro des dents traitées et la nature des prothèses, nous proposons la dispense d'avance des frais pour la part prise en charge par nos soins. Toute dispense d'avance de frais fera l'objet d'un accord préalable du gestionnaire santé TESSI selon les modalités décrites sur votre carte de Tiers Payant Optique-Dentaire-Auditif.

Grille OPTI 5

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

Sur complémentaire - Itelis - Opti 5

Correction (cf. détails en annexe)	Dans le réseau Optique Itelis, Remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à,	
	Caractéristique du verre Unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre Multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Tous types de verres dont :	Tous types de verres dont :	149 Euros - MR	300 Euros - MR
Modéré	Verre aminci en fonction de la correction	Verre aminci en fonction de la correction	149 Euros - MR	300 Euros - MR
Moyen	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	160 Euros - MR	300 Euros - MR
Elevé	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture	300 Euros - MR	300 Euros - MR
Très élevé	Verre aplani	Verre progressif sur-mesure	300 Euros - MR	350 Euros - MR
	Verre sur-mesure	Teinte uniforme		
	Teinte uniforme	Teinte dégradée		
	Teinte dégradée	Teinte polarisée		
	Teinte polarisée	Teinte photochromique (fonce au soleil)		
Monture	100 Euros - MR			

Annexe - Présentation des niveaux de correction

Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0