

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

DRH-NP150088

**Accord relatif au régime de remboursement de frais de santé du
Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective
Nationale du 14 mars 1947**

ENTRE :

La Société DASSAULT AVIATION dont le siège est 9 Rond Point des Champs Elysées Marcel Dassault
- 75008 PARIS,

représentée par Monsieur Yves PETIT, Directeur des Ressources Humaines,

D'une part,

ET :

Les Organisations Syndicales ci-après :

C.F.D.T. Philippe ROQUE
C.F.E.-C.G.C. Bernard MATHIEU
C.G.T. E. HUGUEN Pierre

D'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

PE
PR. BY YP

Préambule

Les organisations syndicales et la direction de DASSAULT AVIATION ont su depuis plus de cinquante ans proposer, définir et gérer les garanties frais de santé des cadres ressortissant de la Convention collective nationale du 14 Mars 1947 (article 4 et 4 Bis).

Le présent accord s'inscrit dans le cadre des enjeux nationaux relatifs à la protection sociale et de l'évolution des textes légaux en matière de protection sociale complémentaire

Ainsi, l'accord national interprofessionnel (ANI) pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés du 11 janvier 2013 a posé le principe d'une généralisation de la couverture complémentaire portant sur le remboursement des frais de santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} Janvier 2016.

L'ANI a également prévu un panier de soins minimal garanti au salarié dans le cadre de cette couverture généralisée ainsi qu'une participation de l'employeur à hauteur minimale de 50 % de son financement.

Ces dispositions ont été reprises et précisées par la loi 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Enfin, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, le décret du 18 novembre 2014 définit le nouveau « cahier des charges » réglementaire des contrats dits « responsables » et précise le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins.

Le présent accord respecte ces nouvelles prescriptions réglementaires tout en accordant un haut niveau de prestations à ses bénéficiaires.

Article 1 – Objet

Le présent accord a pour objet de définir les conditions d'une couverture collective complémentaire de remboursement des frais de santé à adhésion obligatoire dans l'entreprise au profit des salariés visés à l'article 2.1.

Cette couverture permet conformément au tableau des garanties, ci après annexé, de compléter totalement ou partiellement, les frais exposés, par les salariés ainsi que de leurs ayants droit, en complément des prestations servies par le régime de la sécurité sociale dont ils relèvent.

RE 

YP

PR.

Article 2 – Affiliation

2.1. – Bénéficiaires

Les bénéficiaires comprennent les salariés donnant droit et leurs ayants droit.

1) Salariés assurés donnant droit

Le présent accord est applicable aux salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947, sans condition d'ancienneté, présents à la date d'effet du présent accord ainsi que ceux embauchés postérieurement.

Conformément à la législation en vigueur, leur adhésion au régime est obligatoire et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations (sauf dérogations prévues à l'article 2.2.)

2) Ayants droit des garanties Frais de santé

➤ Le conjoint :

Le conjoint, non séparé de corps qui exerce ou non une activité professionnelle.

Est assimilé au conjoint le PACSé ou le concubin sur présentation d'une attestation sur l'honneur de vie maritale et d'un justificatif de domicile commun établi au nom des 2 concubins.

➤ Les enfants à charge :

Les enfants célibataires de moins de 26 ans (légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation dont le participant est le tuteur), à la charge fiscale du salarié ou pour lesquels il verse des pensions déductibles de ses revenus imposables et poursuivant des études, ou étant en contrat d'apprentissage ou en contrat de qualification (dans ce cas ils doivent fournir une copie du contrat et leurs bulletins de salaire).

Quel que soit leur âge, les enfants handicapés, au sens des dispositions législatives ou réglementaires applicables aux personnes handicapées, par suite d'infirmité, d'arriération intellectuelle ou de maladie incurable.

➤ Les ascendants :

Les ascendants pris en charge par le régime Général d'Assurance maladie au titre du salarié ou bénéficiaires à titre personnel du Régime Général d'Assurance Maladie, sous réserve d'être rattachés au foyer fiscal du salarié et non soumis à l'impôt sur le revenu.

2.2. – Drogations au caractre obligatoire de l'affiliation

- Le salarié dont le conjoint est lui-même salarié de DASSAULT AVIATION peut être dispensé d'adhésion au régime obligatoire régi par le présent accord, s'il en fait la demande au plus tard le 31 octobre de l'année en cours ou lors de son embauche, pour un effet au 1^{er} janvier de chaque année. Cependant, par dérogation à ce principe, la première demande pourra être faite au plus tard le 31 janvier 2016 pour un effet au 1^{er} avril 2016.
- Conformément à l'article D911-3, tout salarié a la possibilité de dispenser l'un ou plusieurs de ses ayants droit d'adhérer au présent régime, sous réserve qu'ils soient déjà couverts par ailleurs :
 - o dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du même code ;
 - o par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
 - o par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - o dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - o dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - o dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

La cotisation du présent régime étant une cotisation famille obligatoire, s'appliquant quelle que soit la situation de famille du salarié, cette dispense d'adhésion n'entraînera aucune réduction de cotisation.

Dans tous les cas, le salarié devra remettre à l'employeur une demande écrite visant la dispense d'affiliation de son ou de ses ayants droits, mentionnant qu'il a été préalablement informé des conséquences de son choix.

- Le salarié à employeurs-multiples qui bénéficie par ailleurs, pour les mêmes risques, d'un régime collectif et obligatoire de protection sociale complémentaire peut être dispensé d'adhésion au régime obligatoire régi par le présent accord à la condition de justifier sa couverture au plus tard le 31 octobre de l'année en cours ou lors de son embauche, pour un effet au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 3 – Organisme

L'organisme contractant est l'IPECA dont le siège social est situé :

5 rue Paul Barruel
75 015 PARIS

Article 4 – Prestations et cotisations Frais de santé

4.1. – Prestations

Les prestations de frais de santé prises en charge au titre du présent régime et les niveaux de remboursement sont définis en annexe n°1 du présent accord.

4.2. – Cotisations

Les cotisations du présent régime sont les suivantes :

- Part salariale : 1,00% TATB dans la limite de 2,40 % du PASS
- Part patronale : 2,40% du PASS

PASS = Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

TA = salaire jusqu'à 1 PASS

TB = salaire entre 1 et 4 PASS

4.3. – Révision

Les taux de cotisations pourront être révisés, au 1er juillet de chaque année N, selon les règles suivantes :

- si la moyenne des rapports Sinistres à Primes nets de frais (S/P) des 3 années précédentes (N-1, N-2 et N-3) est inférieure à 94 % et que la provision pour participation aux excédents est positive,

ou

- si la moyenne des rapports Sinistres à Primes nets de frais (S/P) des 3 années précédentes (N-1, N-2 et N-3) est supérieure à 102 % et la provision pour participation aux excédents est inférieure à 25 % des cotisations brutes de l'année,

alors un taux d'appel sera appliqué ; ce taux d'appel (TxAp) sera calculé selon la formule suivante :

$TxAp = (S/P \text{ moyen } N-1 \text{ à } N-3) / 98 \%$

avec $S/P \text{ moyen } N-1 \text{ à } N-3 = (\text{Somme prestations } N-1 \text{ à } N-3) / (\text{Somme cotisations nettes } N-1 \text{ à } N-3)$

Dans les autres cas, il ne sera pas appliqué de taux d'appel.

Chaque révision par le taux d'appel TxAp sera présentée à la commission paritaire de suivi définie à l'article 6.2. et des solutions alternatives (modifications des prestations notamment) pourront être envisagées d'un commun accord entre les parties.

PE
PR. (B)

Y/P

Article 5 – Maintien des garanties

5.1. – Cas de suspension du contrat de travail

➤ Suspension du contrat de travail indemnisé

Le bénéficiaire du régime est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant toute la période au titre de laquelle ils bénéficient d'une indemnisation, que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement à la charge de l'employeur) ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

L'exonération des cotisations intervient dès la fin de la période de maintien de salaire de l'employeur avec une prise d'effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la fin de la période d'indemnisation, et se poursuit, tant que le contrat de travail est maintenu.

➤ Suspension du contrat de travail non indemnisé

En cas de suspension du contrat de travail accepté par l'entreprise ne donnant lieu à aucun maintien de rémunération, ni aucune indemnisation (congé sabbatique, congé sans solde...), les salariés peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties frais de santé aux tarifs réservés aux salariés en activité à condition d'en financer entièrement la cotisation y compris la part patronale, sur la base du montant de la dernière cotisation connue.

Cas particulier du congé parental :

Les salariés en congé parental bénéficient, à titre facultatif, du maintien du régime aux tarifs réservés aux salariés en activité et ne s'acquittent que de la part salariale.

5.2. – Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

Conformément aux dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés dont le contrat de travail est rompu ou prend fin (hors faute lourde) et ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage bénéficient du maintien du présent régime pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le coût de la cotisation du régime obligatoire est dans ce cas intégralement pris en charge par le contrat d'assurance.

BY
PE
PR.

9/10

Article 6 – Contrôle du régime

6.1. – Information individuelle

Une notice d'information détaillée résumant notamment les prestations de frais de santé prises en charge et les niveaux de remboursements est remise à chaque salarié et à tout nouvel embauché.

Par ailleurs, cette notice est mise à disposition sur le portail RH de la société.

6.2. – Information collective : commission paritaire de suivi

La commission paritaire de suivi du présent régime est composée de :

- deux représentants par organisation syndicale représentative dans l'entreprise ;
- des représentants de la direction.

Elle se réunit au moins une fois par an pour examiner les comptes de résultats fournis par l'organisme contractant, et le cas échéant, faire des propositions de modification du présent accord.

Cette commission paritaire est commune à celle prévues pour l'examen des régimes de prévoyance complémentaire couvrant les risques d'incapacité, invalidité et décès des salariés relevant des articles 4 et 4 Bis de la Convention Collective Nationale du 14 Mars 1947 et des salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 Mars 1947 et du régime de remboursement de frais de santé des salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947.

Article 7 – Modification du régime

Toutes modifications du présent accord se feront conformément aux dispositions des articles L2222-5 et L2261-7 et 8 du Code du Travail, hormis celles prévues par les clauses de révisions contractuelles.

Il pourra également être dénoncé à tout moment, soit par la Direction de l'entreprise, soit par tout ou partie des organisations syndicales représentatives de salariés signataires. Les effets de la dénonciation sont régis par les articles L.2261-9 et suivants du Code du Travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

Article 8 – Durée et date d'application de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et s'applique à compter du 1^{er} Janvier 2016.

Il annule et remplace tous les accords et avenants antérieurs portant sur le même domaine.

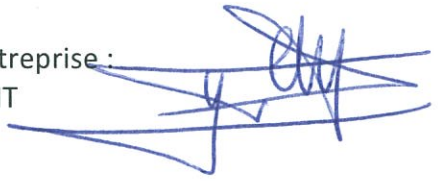
Article 9 – Dépôt

En application de l'article D.2231-2 du Code du travail, le présent accord sera déposé à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi de Nanterre, ainsi qu'au Secrétariat Greffe du Conseil des Prud'hommes de Boulogne.


Fait à Saint-Cloud, le 19 novembre 2015


Pour le Personnel :
les Représentants des
Organisations Syndicales

Pour l'Entreprise :
Yves PETIT



C.F.D.T. M. Philippe RONQUE 

C.F.E.-C.G.C. M. Bernard MATHIEU 

C.G.T. M. Etchegoyen Pierre 

Annexe 1 – Prestations et niveaux de remboursement

FRAIS MEDICAUX PARAMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES	
Honoraires de médecins dans le parcours de soins	
Généraliste :	CAS : 100 % TM +Dépassement : 50 % BR soit 150% BR, RbtSS inclus HORS CAS : 100 % TM +Dépassement : 30 % BR soit 130% BR, RbtSS inclus
Spécialiste :	CAS : 100 % TM +Dépassement : 100 % BR soit 200% BR, RbtSS inclus HORS CAS : 100 % TM +Dépassement : 80 % BR soit 180% BR, RbtSS inclus
Imagerie médicale	CAS : 100 % TM +Dépassement : 100 % BR soit 200% BR, RbtSS inclus HORS CAS : 100 % TM +Dépassement : 80 % BR soit 180% BR, RbtSS inclus
Orthophonistes	100 % TM +Dépassement : 15 % BR
Honoraires d'auxiliaires médicaux (en complément du Rbt SS)	100 % TM
Analyses (en complément du Rbt SS)	100 % TM
Frais Pharmaceutiques (en complément du Rbt SS)	100 % TM
Appareillages auditifs (en complément du Rbt SS)	300 % BR et au minimum 24% PMSS par oreille
Appareillages orthopédiques (en complément du Rbt SS)	300 % BR
Fauteuils roulants (en complément du Rbt SS)	200 % BR et au minimum 40% PMSS par an et par bénéficiaire
Transports sanitaires en ambulance ou VSL (en complément du Rbt SS)	100 % TM
Ostéopathie	2,5% PMSS par an et par bénéficiaire
Cures thermales remboursées SS (en complément du Rbt SS)	14 % PMSS
Cures thermales non remboursées SS	14 % PMSS (après demande d'entente préalable auprès de l'Institution qui se réserve le droit de soumettre au médecin conseil les pièces nécessaires pour avis)

➤ **Base de remboursement (BR) :**

Il s'agit du tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

➤ **Remboursement de la Sécurité Sociale (Rbt SS) :**

Il correspond à la somme effectivement versée à un assuré social pour l'indemniser d'une dépense consécutive à la réalisation d'un acte médical donné, par l'assurance maladie obligatoire.

➤ **Ticket Modérateur (TM) :**

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

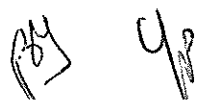
DRH-N°150088 -16/11/2015

SEJOURS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX EN HOPITAL OU CLINIQUE Prestations Sécurité sociale incluses	
Frais de séjour :	500 % BR
Chambre particulière	2,4 % PMSS, par jour (limité à 30 jours d'hospitalisation en service psychiatrique ou gériatrique)
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	1 % PMSS, par jour
Transport prescrit médicalement (remboursés par la Sécurité sociale)	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR

FR : Frais Réels

HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX EN HOSPITALISATION Prestations Sécurité sociale incluses	
Médecin adhérent au CAS :	600 % BR
Médecin non adhérent au CAS :	200 % BR
Frais annexes : frais de salle d'opération, aide opératoire, pharmacie extra-usuelle liée à l'acte	600 % BR

MATERNITE ⁽¹⁾	
Chambre particulière	2,4 % PMSS, par jour
Dépassements d'honoraires sur les consultations et examens prénatals et postnatals	Remboursés au titre des FRAIS MEDICAUX PARAMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES
Dépassements d'honoraires sur les actes de chirurgie et/ou d'anesthésie liés à l'accouchement	Remboursés au titre des HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX EN HOSPITALISATION
⁽¹⁾ Bénéficiaire : Le salarié féminin ou le salarié masculin à condition que la mère de l'enfant soit assurée en tant qu'ayant droit.	

PR. PE 

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES - ORTHODONTIE En complément des prestations de la Sécurité sociale	
Soins conservateurs y compris chirurgie dentaire (hors inlay/onlay)	100 % TM + Dépassement : 25 % BR
Inlay/Onlay remboursés par la Sécurité sociale	130 €
Couronnes ou inter de bridge pour les incisives, canines, prémolaires et 1 ^{ères} molaires, y compris les couronnes sur implants (toutes dents)	470 % BR
Couronnes ou inter de bridge sur les autres dents (2 ^{èmes} molaires)	280 % BR
Bridge 3 éléments	540 % BR sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale
Inlay core remboursé par la Sécurité sociale	90 % BR
Appareil amovible	360 % BR
Autres prothèses reconnues et remboursées en tant que telles par la Sécurité sociale	175 % BR
Appareil provisoire	100 €
Couronne provisoire	40 €
Implant racine	530 € (maximum 2 par an par bénéficiaire)
Pilier implantaire	100 € (maximum 2 par an par bénéficiaire)
Parodontie	490 € par an et par bénéficiaire
Renouvellement de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	16 € par dent
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans	20 €
Test salivaire	90 € par test
Vernis fluorés	8 € par dent
Traitements d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale (y compris contention)	330 % BR
Autres actes (diagnostic, empreintes) remboursés par la Sécurité sociale	330 % BR
Traitements d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale	600 € par semestre actif
Contention non remboursée par la Sécurité sociale	360 € par année de contention
PLAFOND ANNUEL DE REMBOURSEMENT pour les prothèses dentaires : 3700 € (hors implant racine et pilier implantaire et au minimum 100 % TM + 25 % BR	

PR. PE

YP

FRAIS D'OPTIQUE

L'Institution prend en charge :

- Par adulte : un équipement optique (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans à compter du premier achat d'un équipement optique, sauf en cas de modification du défaut visuel où la limitation s'applique annuellement.
- Par enfant : un équipement optique (1 monture et 2 verres) par an à compter du premier achat d'un équipement optique.

GARANTIE OPTIQUE DANS LE RESEAU ADULTE ET ENFANT		
Catégorie du décret	Niveau de correction	Plafond du contrat responsable Prestation par équipement optique, ticket modérateur inclus et monture incluse (monture : adulte : 150€ maximum - enfant : 100 € maximum)
A	2 Verres simple foyer – sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et cylindre ≤ à +4,00 dioptries.	470 €
A+C	1 Verre simple foyer – sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries + cylindre ≤ à +4,00 dioptries + 1 Verre simple foyer – sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.	610 €
C	2 Verres simple foyer – sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	750 €
A+F	1 Verre simple foyer – sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et cylindre ≤ à +4,00 dioptries + 1 Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique – sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries – ou 1 Verre multifocal ou progressif sphérique – sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.	660 €
C+F	1 Verre simple foyer – sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs + 1 Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique – sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries – ou 1 Verre multifocal ou progressif sphérique – sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.	800€
F	2 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques – sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries – ou 2 Verres multifocaux ou progressifs sphériques – sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.	850€

La prestation de votre équipement optique respecte les plafonds du contrat responsable, par conséquent, si vos frais d'optique dépassent ces derniers (figurant dans le tableau ci-dessus), le différentiel restera à votre charge.

PR. BY
PE YP

GARANTIE OPTIQUE HORS RESEAU ADULTE		
Classe	Niveau de correction	Montant par verre en complément de la SS (TM inclus)
Verres simple ⁽¹⁾	Verres unifocaux dont la puissance est comprise entre 0 et +4 dioptries et le cylindre est \leq à 2	60 € par verre
	Verres unifocaux dont la puissance est comprise entre : - 0 et +4 dioptries et le cylindre est compris entre 2 et 4 ou - 4,25 et 6 dioptries et le cylindre est \leq 4	85 € par verre
Verres complexes ⁽²⁾	Verres unifocaux dont la puissance est comprise entre : - 0 à 6 dioptries et le cylindre est $>$ 4 ou - 6,25 à 8 dioptries quel que soit le cylindre	115 € par verre
	Verres unifocaux dont la puissance est supérieure à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	200 € par verre
	Verres multifocaux dont la puissance est comprise entre : - 0 et +4 dioptries et le cylindre est compris entre 2 et 4 ou - 4,25 et 6 dioptries et le cylindre est \leq 4 ⁽⁴⁾	
	Verres multifocaux dont la puissance est comprise entre 0 et +4 dioptries et le cylindre est \leq à 2	160 € par verre
	Verres multifocaux dont la puissance est comprise entre : - 0 à 6 dioptries et le cylindre est $>$ 4 ou - 6,25 à 8 dioptries quel que soit le cylindre	230 € par verre
Verres hyper complexes ⁽³⁾	Verres multifocaux dont la puissance est supérieure à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	260 € par verre
Monture (TM inclus)	150 €	

(1) Catégorie A du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 : verres simple foyer – sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et cylindre \leq à +4,00 dioptries.

(2) Catégorie C du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 : verres avec sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est $>$ à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

(3) Catégorie F du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques – sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries – ou 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques – sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(4) les cas de corrections nécessitant des verres multifocaux compris entre 4,25 et 6 dioptries et dont le cylindre est égal à 0 répondent à la définition des verres hyper complexes mais sont remboursés dans le cadre des verres complexes.

GARANTIE OPTIQUE HORS RESEAU ENFANT		
Classe	Niveau de correction	Montant par verre en complément de la SS (TM inclus)
Verres simple ⁽¹⁾	Verres unifocaux dont la puissance est comprise entre 0 et +4 dioptries et le cylindre est \leq à 2	40 € par verre
	Verres unifocaux dont la puissance est comprise entre : - 0 et +4 dioptries et le cylindre est compris entre 2 et 4 ou - 4,25 et 6 dioptries et le cylindre est \leq 4	60 € par verre
Verres complexes ⁽²⁾	Verres unifocaux dont la puissance est comprise entre : - 0 à 6 dioptries et le cylindre est $>$ 4 ou - 6,25 à 8 dioptries quel que soit le cylindre	100 € par verre
Verres hyper complexes ⁽³⁾	- Verres unifocaux dont la puissance est supérieure à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre - Verres Mutifocaux quel que soit la correction	150 € par verre
Monture (TM inclus)	100 €	

(1) Catégorie A du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 : verres simple foyer – sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et cylindre \leq à +4,00 dioptries.

(2) Catégorie C du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 : verres avec sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est $>$ à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

(3) Catégorie F du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 : verre multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques – sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries – ou 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques – sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

LENTILLES CORRECTIVES DE CONTACT	
Lentilles de contact correctives remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris les lentilles correctives jetables et produits d'entretien)	Prestation globale égale à 250 € par an et par bénéficiaire Et au minimum 100 % du ticket modérateur
Opération de la myopie au laser	350 € par œil pour les myopies stabilisées de -1 à 8 dioptries pour les adultes âgés de 18 à 40 ans.

PR. BY
PE
WP