

Brochure n° 3224

Convention collective nationale

IDCC : 1286. – **CONFISERIE,
CHOCOLATERIE, BISCUITERIE**
(Détailants et détailants-fabricants)

AVENANT N° 15 DU 3 SEPTEMBRE 2008
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE REMBOURSEMENTS
COMPLÉMENTAIRES DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : *ASET0851091M*

IDCC : 1286

Entre :

La confédération nationale des détaillants, détaillants-fabricants et artisans
de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie,

D'une part, et

La FGTA FO ;

La CSFV-CFTC ;

La fédération nationale agroalimentaire CFE-CGC ;

La fédération des services CFDT ;

La FNAF-CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en place un régime conventionnel relatif à des prestations complémentaires au régime de la sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Ce régime répond aux objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau de la profession afin de :
 - remédier aux difficultés rencontrées par certaines entreprises, notamment les plus petites, pour la mise en place d'une protection sociale complémentaire ;
 - garantir l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;
- l'instauration d'une solidarité entre l'ensemble des entreprises et l'ensemble des salariés bénéficiaires de la profession ;
- la recherche de la qualité et de la simplicité d'une gestion administrative du régime, proche des salariés.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent avenant est applicable aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des détaillants, détaillants-fabricants et artisans de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie (CCN n° 3224).

Article 2

Adhésion. – Affiliation

A compter de la date d'effet du présent avenant, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires auprès de l'organisme assureur visé à l'article 13 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'avenant, aucun salarié bénéficiaire ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

Article 3

Bénéficiaires

Le présent avenant institue un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire au profit de tous les salariés relevant des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent avenant, ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime de remboursement de frais de soins de santé, en fournissant régulièrement à leurs employeurs les justificatifs correspondants :

- les salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire de frais de soins de santé à affiliation obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) à la date d'effet du présent avenant, à condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle justifiant de leur couverture. Cette dispense d'affiliation demeure valable tant que les salariés justifient de la couverture dont ils bénéficient dans le cadre d'un autre emploi. Si cette couverture cesse, les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne sont plus garantis ;
- les salariés bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime, à condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle

justifiant de leur couverture. Les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne bénéficient plus du régime de la CMUC ;

- les salariés bénéficiant, lors de la mise en place du présent régime dans les entreprises, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et cela jusqu'à échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation.

En aucune manière, les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne peuvent être imposées par l'employeur.

A la demande de l'organisme assureur désigné, l'employeur devra fournir une copie des documents justifiant la dispense d'affiliation.

Article 4

Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation maladie, accidents du travail-maladies professionnelles et maternité ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à la charge du salarié, après intervention du régime de base de la sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties maternité prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assuré reçoit des prestations en nature de la sécurité sociale au titre du risque maternité.

Article 5

Cotisation

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent avenant. Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

La cotisation du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est mensuelle et forfaitaire.

Pour les années 2009 et 2010, la cotisation mensuelle sera appelée conformément au tableau ci-après.

(En euros.)

| | SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE |
|----------------------------------|----------------------|
| Régime général..... | 34,00 |
| Régime local Alsace-Moselle..... | 19,70 |

A compter du 1^{er} janvier 2011, sauf disposition contraire adoptée par la commission paritaire nationale et selon la dérive des dépenses de santé observée dans le présent régime, la cotisation sera exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale aux taux minima figurant dans le tableau ci-après :

| | SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE |
|----------------------------------|----------------------|
| Régime général..... | 1,17 % du PMSS |
| Régime local Alsace-Moselle..... | 0,68 % du PMSS |

Le taux de cotisation sera indexé au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

La contribution de l'employeur sera au minimum de 50 % de la cotisation.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 13 du présent avenant dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 6

Règlement des prestations

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie ou, le cas échéant encore, sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers-payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Article 7

Tiers-payant

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte de santé permettant la pratique du tiers-payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte de santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise adhérente s'engage à demander la restitution de la carte de santé auprès du salarié, si elle est en cours de validité, dans le délai de 15 jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite, fin de contrat...).

Article 8

Limite des garanties. – Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci.

La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale.

- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France.

Si la caisse de la sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues en annexe du présent avenant ;

- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale ;
- ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- engagés dans le cadre de la législation sur les pensions militaires ;
- engagés au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- qui sont les conséquences d'une guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du salarié prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;

- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de la sécurité sociale, les règlements éventuels seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de la sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel, le crédit annuel correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au salarié de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le salarié, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de la sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le salarié doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Article 9

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du salarié après participation de la sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 10

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise adhérente.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur désigné maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur désigné.

Les intéressés pourront choisir entre différentes options de garanties disponibles auprès de l'organisme assureur désigné au jour de la demande de maintien.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Article 11

Suspension et maintien des garanties

Le régime et la cotisation patronale seront maintenus dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont relève le salarié :

- en cas de congé maladie, accident du travail, accident de trajet, maladies professionnelles, maternité adoption et congé paternité ;
- en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 12

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent avenant sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 13

Désignation de l'organisme assureur

ISICA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles sise 26, rue de Montholon, 75009 Paris, membre du GIE AG2R, 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, est désignée comme organisme assureur du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par le comité paritaire de gestion et de suivi. La désignation le sera quant à elle dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

Article 14

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} juillet 2009.

Article 15

Clause de migration

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des détaillants, détaillants-fabricants et artisans de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé et l'affiliation des salariés de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné ont un caractère obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2010 sous réserve que le présent avenant soit étendu au plus tard au 1^{er} juillet 2009.

Si l'extension intervient postérieurement à cette date, l'adhésion des entreprises et l'affiliation des salariés auprès de l'organisme assureur désigné présenteront un caractère obligatoire à compter du premier jour du 6^e mois suivant la date de parution de l'arrêté d'extension.

A cette fin, les entreprises concernées recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Ces dispositions s'appliquent y compris pour les entreprises ayant un contrat complémentaire de frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur quel que soit le niveau de garanties appliqué.

Article 16

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 17

Formalités administratives

Les modalités de dénonciation de l'avenant sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Le présent avenant sera déposé à la direction des relations de travail et au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant. La confédération nationale des détaillants, détaillants-fabricants et artisans de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie est chargée des formalités nécessaires.

Fait à Paris, le 3 septembre 2008.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Garanties

| POSTES | PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES à la sécurité sociale | |
|--|---|---|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Hospitalisation médicale et chirurgicale | | |
| Frais de séjour | Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements | Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % de la BR sur les dépassements |
| Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires | Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements | Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements |
| Chambre particulière (y compris maternité)* | 45 € par jour limité à 20 jours par an | Néant |
| Forfait hospitalier engagé* | 100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur | |
| Frais d'accompagnement (enfant à charge < 16 ans sur présentation d'un justificatif) * | 25 € par jour limité à 20 jours par an | |
| Transport (accepté sécurité sociale) | Ticket modérateur limité à 25 % du TR | |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes | Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements | Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements |

| POSTES | PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES à la sécurité sociale | |
|--|---|---|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Spécialistes | Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements | Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements |
| Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM) | Ticket modérateur limité à 30 % de la BR + 15 % de la BR sur les dépassements | Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU + 15 % du PU sur les dépassements |
| Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) | Ticket modérateur limité à 30 % de la BR | Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU |
| Auxiliaires médicaux | Ticket modérateur limité à 40 % du TC | Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 40 % du TC |
| Analyses | Ticket modérateur limité à 40 % du TC | Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 40 % du TC |
| Pharmacie (acceptée par la sécurité sociale) | | |
| Vignette blanche | Ticket modérateur limité à 35 % TFR | |
| Vignette bleue | Ticket modérateur limité à 65 % TFR | |
| Vignette orange | Ticket modérateur limité à 85 % TFR | |
| Dentaire | | |
| Soins dentaires | Ticket modérateur limité à 30 % du TC | Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC |
| Inlay simple, onlay | 200 % du tarif de convention | 200 % du tarif de convention |

| POSTES | PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES à la sécurité sociale | |
|--|--|------------------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale | 200 % du tarif de convention | 200 % du tarif de convention |
| Inlay core et inlay à clavettes | 100 % du tarif de convention | 100 % du tarif de convention |
| Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale* | 200 % du tarif de convention | |
| Orthodontie acceptée par la sécurité sociale | 150 % du tarif de convention | |
| Orthodontie refusée par la sécurité sociale* | 150 % du tarif de convention | |
| Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale) | | |
| Prothèses auditives | Crédit annuel de 400 € par bénéficiaire | |
| Orthopédie et autres prothèses | Crédit annuel de 400 € par bénéficiaire | |
| Optique | | |
| Monture + verres | Limité à un équipement par an et par bénéficiaire | |
| Monture | Forfait de 60 € | |
| Verres unifocaux simples** | Forfait de 30 € par verre | |
| Verres unifocaux complexes** | Forfait de 50 € par verre | |
| Verres multifocaux ou progressifs simples** | Forfait de 50 € par verre | |
| Verres multifocaux ou progressifs complexes** | Forfait de 70 € par verre | |
| Lentilles acceptées par la sécurité sociale | Crédit annuel de 120 € par paire par bénéficiaire | |

| POSTES | PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES à la sécurité sociale | |
|---|---|------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)* | Crédit annuel de 120 € par paire par bénéficiaire | |
| Prévention (décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents) | | |
| Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum | 100 % du ticket modérateur | |
| Vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite | 100 % du ticket modérateur | |
| Actes hors nomenclature | | |
| Acupuncture, chiropractie, ostéopathie Intervention de praticiens inscrits auprès d'une association agréée | Prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par an | |

BR = base de remboursement ; PU = prix unitaire ; TC = tarif de convention sécurité sociale ; TMC = ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné) ; RSS = remboursement sécurité sociale ; PMSS = plafond mensuel sécurité sociale.

* Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale.

** Détail poste optique :

Sont considérés comme relevant de corrections simples les verres définis ci-après :

- unifocaux = sphère allant de – 6,00 à + 6,00 avec ou sans cylindre inférieur ou égal à 4 ;
- multifocaux = sphère allant de – 4,00 à + 4,00 sans astigmatisme ou sphère de – 8,00 ou + 8,00 en cas d'astigmatisme, et ce quel que soit la puissance du cylindre.

Les verres différents de ceux désignés ci-dessus sont considérés comme relevant de corrections complexes.