

Convention collective

**IDCC : 783. – CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE
ET SERVICES D'ACCUEIL, D'ORIENTATION
ET D'INSERTION POUR ADULTES
(15 octobre 1974)**

**PROTOCOLE N° 155 DU 4 JUILLET 2014
RELATIF AU RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

NOR : ASET1550222M
IDCC : 783

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager la modification du dispositif de complémentaire santé mis en place dans le protocole n° 153 du 23 juin 2010, notamment afin de tenir compte :

- de l'évolution du contexte législatif et réglementaire encadrant les règles d'exonérations sociales liées à la mise en place de régimes de prévoyance et de complémentaire santé, notamment avec la parution du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire ;
- de l'instauration du mécanisme de portabilité des droits opérée par la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

En conséquence de quoi il a été conclu le présent protocole, qui vient modifier, en s'y substituant, l'article 5 relatif au régime complémentaire frais de santé du protocole n° 153 du 23 juin 2010, ayant lui-même révisé le chapitre VII relatif au régime de prévoyance collectif et de retraite complémentaire des accords collectifs CHRS.

Article 1^{er}

*Modification de l'article 7.2
du chapitre VII des accords collectifs CHRS*

L'article 7.2 « Complémentaire santé » est rédigé de la façon suivante :

« Article 7.2.1

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice du personnel tel que défini à l'article 7.2.3, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties du régime de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des deux assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative communs, conclus dans les mêmes conditions.

Article 7.2.2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel des accords collectifs CHRS.

Article 7.2.3

Adhésion du salarié

1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail relevant des accords collectifs CHRS.

L'accès au régime de complémentaire santé est conditionné par la justification d'une ancienneté de 4 mois consécutifs au sein de l'entreprise.

2. Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- maladie (d'origine professionnelle ou non professionnelle) ;
- accident (d'origine professionnelle ou non professionnelle) ;
- maternité ;
- exercice du droit de grève ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu ;
- congé de solidarité familiale, tel que défini par les articles L. 3142-16 et suivants du code du travail ;
- congé de soutien familial, tel que défini par les articles L. 3142-22 et suivants du code du travail,

et tout autre cas dans lequel la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme, par exemple, pour congé sans solde non visé dans les dispositions précédentes (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de la cotisation (part patronale et part salariale).

3. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

a) Les salariés et apprentis sous contrat d'une durée inférieure à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

b) Les salariés et apprentis sous contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

c) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD et les apprentis, avant le 20 du mois civil de leur embauche et pour les temps partiels avant le 20 du mois, pour une prise d'effet au premier jour du mois civil suivant. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé(s) à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

d) Les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressés à l'employeur dans le mois suivant leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

e) Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance et de complémentaire santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Il est précisé que cette dispense pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de complémentaire santé à l'appui des justificatifs requis et produire chaque année, au plus tard le 20 janvier, tout justificatif attestant leur couverture par ailleurs. A défaut d'écrit et de justificatif adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les entreprises relevant du champ d'application de l'accord devront en tout état de cause prévoir ces dispenses d'adhésion. Les entreprises disposent par ailleurs de la liberté de mettre en œuvre les autres cas de dispense prévus par le décret du 9 janvier 2012 et par les éventuels autres textes réglementaires à paraître, le cas échéant, en concertation avec les instances représentatives du personnel et dans les conditions prévues par ces textes.

Article 7.2.4

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

1. Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance et de complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2. Maintien de la couverture du régime de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite "loi Evin", la couverture du régime de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- 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 que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur. L'ancien employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture mais informera le salarié et ses ayants droit en cas de décès.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de ladite « loi Evin » sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 7.2.5

Financement

1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation "salarié isolé".

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

2. Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 3 129 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

3. Taux et répartition des cotisations

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations “enfants” et “conjoint” facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale

(En pourcentage.)

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,67	0,67	1,34
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,62	–	0,62
Conjoint (facultatif)	1,34	–	1,34

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,41	0,41	0,82
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,36	–	0,36
Conjoint (facultatif)	0,82	–	0,82

La cotisation “salarié isolé” comprend une part de 10,5 % liée aux frais de gestion et une part de 2 % affectée au fonds d'action sociale.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge de la cotisation “isolé” à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit) mise en place par l'entreprise.

Article 7.2.6

Prestations

1. Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe à titre informatif, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent protocole. En tout état de cause, les contrats seront toujours responsables et s'adapteront à la réglementation.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties, acte par acte.

2. Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'actions sociales, définies par une liste dressée par la commission nationale paritaire de négociation, à un taux de cotisation équivalent.

Article 7.2.7

Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la commission nationale paritaire technique de prévoyance, qui assure le suivi du régime de base, des options et des contrats "sur mesure".

Les organismes assureurs recommandés communiquent obligatoirement chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

Article 7.2.8

Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture du régime de complémentaire santé prévue par les accords collectifs CHRS, les organismes assureurs suivants :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

Le groupement de coassurance mutualiste composé de :

- CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 621 419, siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
- ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 311 799 878, siège social : 104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
- APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 627 391, siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille Cedex ;
- EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 317 442 176, siège social : 25, route de Montfavet, BP 2034, 84023 Avignon Cedex 1 ;
- HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 434 243 085, siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.

Ces mutuelles, coassureurs du régime, confient la coordination du dispositif et l'interlocution à Mutex, entreprise régie par le code des assurances ; siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai

maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes recommandés au 31 décembre de chaque année, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

L'employeur choisit l'organisme assureur avec les institutions représentatives du personnel. »

Article 2

Effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2015, sous réserve de son agrément ministériel.

Ces dispositions s'intègrent au chapitre VII relatif au régime de prévoyance collectif et de retraite complémentaire des accords collectifs CHRS.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Fait à Paris, le 4 juillet 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SYNEAS.

Syndicats de salariés :

FNSS CFDT ;

FFASS CFE-CGC ;

FSS CFTC.

ANNEXE

Garanties collectives du régime de complémentaire santé

	REMBOURSEMENT TOTAL dans la limite des frais réels, remboursement de la sécurité sociale inclus
Frais d'hospitalisation	
Chirurgie, hospitalisation (conventionnée)	150 % BR
Forfait hospitalier	Couverture aux frais réels ; actuellement : 18 € par jour
Chambre particulière par jour (conventionnée)	100 % des frais réels, dans la limite de 1 % du PMSS
Personne accompagnante (conventionnée)	100 % des frais réels, dans la limite de 1 % du PMSS
Frais médicaux	
Consultations, visites de généralistes	100 % de la BR
Consultations, visites de spécialistes	150 % de la BR
Pharmacie	100 % de la BR
Analyses	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	125 % de la BR
Radiologie	100 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses	150 % de la BR
Prothèses auditives	100 % de la BR
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % de la BR
Dentaire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Orthodontie (acceptée par la sécurité sociale)	200 % de la BR
Prothèses dentaires	3 prothèses par an et par bénéficiaire maximum ; au-delà, la garantie est limitée au panier de soins
Remboursées par la sécurité sociale : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	200 % de la BR
Remboursées par la sécurité sociale : dents de fond de bouche	150 % de la BR
Inlay cores	150 % de la BR
Frais d'optique	
Pour les enfants	Verres + monture ou lentilles, par an et par bénéficiaire
Pour les adultes	Verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire (*) ou lentilles tous les ans par bénéficiaire
Verres et monture	Grille optique n° 1
Lentilles prescrites : acceptées, refusées, jetables	2 % du PMSS

	REMBOURSEMENT TOTAL dans la limite des frais réels, remboursement de la sécurité sociale inclus
Actes de prévention Tous les actes des contrats responsables	Oui au ticket modérateur
(*) Les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté (+ / - 0,5 dioptrie).	

	REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES À LA BASE	
Garanties optionnelles	Option 1 (s'ajoute au régime de base)	Option 2 (s'ajoute au régime de base)
Frais d'hospitalisation pour le non-conventionné	Limite annuelle de 25 % du PASS par an et par bénéficiaire, soit 9 387 € en 2014	
Chirurgie, hospitalisation – conventionnée – non conventionnée Forfait hospitalier	+ 100 % de la BR Non couverte Couverture aux frais réels Actuellement : 18 € par jour	+ 100 % de la BR 100 % des frais réels dans la limite de 300 % de la BR reconstituée Couverture aux frais réels Actuellement : 18 € par jour
Chambre particulière par jour – conventionnée – non conventionnée Personne accompagnante (non conventionnée)	+ 1 % du PMSS (soit + 31,29 €) Non couverte Non couverte	+ 1 % du PMSS (soit + 31,29 €) 100 % des frais réels, dans la limite de 3 % du PMSS (soit 93,87 €) 100 % des frais réels, dans la limite de 1,5 % du PMSS (soit 46,94 €)
Frais médicaux Consultations, visites de généralistes Consultations, visites de spécialistes Pharmacie Vaccins non remboursés par la sécurité sociale Analyses Auxiliaires médicaux Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Radiologie Orthopédie et autres prothèses Prothèses auditives	20 % de la BR 20 % de la BR Vignettes orange si non couvertes dans base Non couverte Non couverte Non couverte Non couverte Non couverte 10 % du PMSS par oreille (312,90 € ; 2 oreilles par an maximum)	100 % de la BR 150 % de la BR Vignettes orange si non couvertes dans base 1,5 % du PMSS (46,94 €) par an et par bénéficiaire 75 % de la BR 75 % de la BR 75 % de la BR 75 % de la BR 100 % de la BR 20 % du PMSS par oreille (625,80 € ; 2 oreilles par an maximum)
Dentaire Orthodontie – acceptée par la sécurité sociale – refusée par la sécurité sociale	 Non couverte Non couverte	 100 % de la BR 250 % de la BR

	REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES À LA BASE	
Garanties optionnelles	Option 1 (s'ajoute au régime de base)	Option 2 (s'ajoute au régime de base)
Prothèses dentaires	3 prothèses par an et par bénéficiaire maximum ; et au-delà, la garantie est limitée au panier de soins	
Remboursées par la sécurité sociale : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100 % de la BR	200 % de la BR
Remboursées : dents de fond de bouche	50 % de la BR	150 % de la BR
Inlay cores	100 % de la BR	180 % de la BR
Non remboursées par la sécurité sociale	Non couverte	12 % du PMSS (375,48 €) par dent
Parodontologie	Non couverte	5 % du PMSS (156,45 €) par an et par bénéficiaire
Implantologie	Non couverte	12 % du PMSS (375,48 €) par an et par bénéficiaire
Frais d'optique		
Pour les enfants	Verres + monture ou lentilles, par an et par bénéficiaire.	
Pour les adultes	Verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire (*) ou lentilles tous les ans par bénéficiaire	
Verres et montures	Grille optique n° 2	Grille optique n° 3
Chirurgie réfractive	Non couverte	10 % du PMSS (soit 312,90 €) par œil
Lentilles prescrites : acceptées, refusées, jetables	3 % du PMSS (soit 93,87 €)	7 % du PMSS (soit 219,03 €)
Frais de cure thermique (hors thalasso-thérapie)		
Acceptée par la sécurité sociale	5 % du PMSS (soit 154,30 €)	10 % du PMSS (soit 312,90 €)
Médecines douces (ostéopathie, étio-pathie, acupuncture)		
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	3 × 25 € par an et par bénéficiaire	5 × 50 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie		
Par bénéficiaire	Non couverte	100 € par an
Actes de prévention		
Patch antitabac	2 % du PMSS (62,58 €) par an et par bénéficiaire	4 % du PMSS (125,16 €) par an et par bénéficiaire
(*) Les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté (+ / - 0,5 dioptrie).		

GRILLE N° 1 (régime de base)	ENFANTS < 18 ANS				ADULTES			
	Code LPP	LPP < 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assureur par verre	Code LPP	LPP > 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assureur par verre
Verres simple foyer, sphériques								
Sphère de – 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €
Sphère < – 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €
Verres simple foyer, sphéro- cylindriques								
Cylindre < + 4 sphère de – 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €
Cylindre < + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €
Cylindre > + 4 sphère de – 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €
Cylindre > + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €
Verres multifocaux ou pro- gressifs sphériques								
Sphère de – 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €
Sphère < – 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €

GRILLE N° 1 (régime de base)	ENFANTS < 18 ANS					ADULTES			
	Code LPP	LPP < 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assureur par verre	Code LPP	LPP > 18 ans	Remboursement sécurité sociale	Remboursement assureur par verre	
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques									
	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €	
	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €	
	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €	
GRILLE N° 2 (option 1)									
Verres simple foyer, sphériques									
Sphère de – 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €	
Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €	
Sphère < – 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €	
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques									
Cylindre < + 4 sphère de – 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €	
Cylindre < + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €	
Cylindre > + 4 sphère de – 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €	
Cylindre > + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €	

GRILLE N° 2 (OPTION 1)	ENFANTS < 18 ANS				ADULTES			
Verres multifocaux ou progressifs sphériques								
Sphère de - 4 + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	180,00 €
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	200,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques								
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	210,00 €
Sphère < - 8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	230,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €
GRILLE N° 3 (option 2)								
Verres simple foyer, sphériques								
Sphère de - 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	85,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	125,00 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	105,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	145,00 €
Sphère < - 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	125,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	165,00 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques								
Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	95,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	135,00 €
Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	115,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	155,00 €
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	135,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	175,00 €
Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	155,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	195,00 €

GRILLE N° 2 (OPTION 2)	ENFANTS < 18 ANS				ADULTES			
Verres multifocaux ou progressifs sphériques								
Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	170,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	250,00 €
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	190,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	270,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques								
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	200,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	280,00 €
Sphère < - 8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	220,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	300,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €