

Brochure n° 3051

Convention collective nationale

**IDCC : 567. – BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVREURIE
ET ACTIVITÉS QUI S'Y RATTACHENT**

ACCORD DU 17 JUILLET 2015

RELATIF AU RÉGIME DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550785M

IDCC : 567

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé prévue par la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, et conscients de la nécessité de renforcer les garanties de prévoyance complémentaire dont bénéficient les salariés de la branche, les partenaires sociaux ont souhaité instaurer un socle obligatoire et collectif de couverture de complémentaire santé.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent.

Article 2

Objet

Le présent accord a pour objet d'instaurer, au bénéfice des salariés de la branche de la BJOC, un régime conventionnel de frais de santé.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national en recommandant un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, pour assurer la couverture des garanties frais de santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives national auquel pourront adhérer les entreprises de la branche. Le dispositif contractuel est également complété par des protocoles techniques et financiers et des protocoles de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

Article 3

Adhésion du salarié

Article 3.1

Définition des bénéficiaires

L'ensemble des salariés bénéficient à titre obligatoire du régime conventionnel de frais de santé.

Article 3.2

Suspension du contrat de travail

a) Suspensions rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice de la couverture frais de santé est maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité (par exemple, en cas d'arrêt maladie...).

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 cotisations.

b) Suspensions non rémunérées ou indemnisées

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires, comme par exemple les salariés en congés sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation, ne bénéficieront pas d'un maintien de garanties.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Article 3.3

Caractère obligatoire de l'adhésion

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

Les partenaires sociaux souhaitent toutefois laisser la possibilité aux salariés de la branche de refuser leur adhésion au dispositif mis en place au niveau de la branche ou de l'entreprise, sous réserve qu'ils produisent les pièces justificatives requises dans les cas suivants :

1. Les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée ou contrat de mission, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

2. 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.

Une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés pourra être envisagée dans le cadre des actions de solidarité prévues à l'article 6.2 ;

3. 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 ;

4. Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

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

Il est précisé que pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, cette dispense 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 frais de santé et produire les justificatifs requis. S'agissant du cas de dispense n° 5, les justificatifs de couverture par ailleurs devront être produits tous les ans. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les entreprises relevant du champ d'application du régime, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, devront mettre en œuvre ces cas de dispenses d'adhésion.

Article 4

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Article 4.1

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 complémentaire 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.

Notamment, 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 frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Article 4.2

Maintien de la couverture frais de 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 frais de santé sera maintenue par l'assureur :

- 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 dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent accord ;
- 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 frais de 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'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Article 5

Financement

Article 5.1

Obligation des entreprises de la branche

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, devront respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de le formaliser au sein de l'entreprise par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale formalisée par écrit et remise à chaque intéressé).

Article 5.2

Modalités de cotisation dans le cadre du contrat souscrit auprès de l'organisme recommandé

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié ».

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, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à l'option supplémentaire facultative.

Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations servant au financement du remboursement de frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

La cotisation obligatoire et les cotisations facultatives « enfants » et « conjoint » sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre du contrat souscrit avec l'organisme assureur recommandé, selon l'une des deux formules alternatives suivantes retenue par les entreprises.

Salariés relevant du régime général de sécurité sociale

(En pourcentage.)

			TAUX DE COTISATION ADDITIONNELS au régime de base	
			Garanties optionnelles facultatives pour la structure et obligatoires pour le salarié	Garanties optionnelles facultatives pour le salarié
Régime général		Base	Surcomplémentaire	
Actifs	Salarié	1,42	0,37	0,42
	Conjoint facultatif	1,58	0,42	0,50
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,76	0,26	0,30

Salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

			TAUX DE COTISATION ADDITIONNELS au régime de base	
			Garanties optionnelles facultatives pour la structure et obligatoires pour le salarié	Garanties optionnelles facultatives pour le salarié
Régime local		Base	Surcomplémentaire	
Actifs	Salarié	0,99	0,37	0,42
	Conjoint facultatif	1,11	0,42	0,50
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,53	0,26	0,30

Les taux de cotisation des régimes base et option seront maintenus pendant 3 ans à compter de la date d'effet de l'accord, sous réserve des modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif qui modifierait la portée des engagements.

Toute modification du ou des taux de cotisation proposée par l'assureur recommandé devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

Article 6

Prestations

Article 6.1

Tableau des garanties

Le régime frais de 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, tels que modifiés par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, ainsi que dans le respect du niveau de garanties tel que défini à l'article D. 911-1 dans le cadre du dispositif de généralisation de la complémentaire santé.

Le tableau des garanties est joint en annexe.

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

Article 6.2

Garanties présentant un haut degré de solidarité

Le régime de remboursement de frais de santé instauré au niveau de la branche de la BJOC présente un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le haut degré de solidarité peut notamment se concrétiser, en application de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, par les actions suivantes :

1. La prise en charge de la part salariale de cotisation des apprentis affiliés au régime conventionnel de frais de santé dont le contrat est inférieur à 12 mois ;
2. Le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
3. La prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

Ces actions seront financées par l'affectation d'une quote-part de la cotisation « isolé » versée à l'organisme assureur recommandé, d'un montant de 2 %. La liste des actions fera l'objet d'un accord spécifique.

Les entreprises non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront également prévoir la mise en œuvre de prestations non contributives au sein des régimes mis en place à leur niveau en consacrant un budget identique à celui prévu au sein du régime recommandé.

Article 7

Suivi du régime complémentaire frais de santé

Le suivi du régime de complémentaire santé est assuré par la commission paritaire nationale.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Article 8

Organisme assureur recommandé

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés de la branche de la BJOC, MUTEX, société d'assurances régie par le code des assurances, 125, avenue de Paris, 92320 Châtillon, agissant pour le compte du groupement de coassurance mutualiste.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont 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.

Article 9

Effet et durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Il pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

Article 10

Dépôt et demande d'extension

Le présent accord sera déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Les signataires de l'accord demandent son extension auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 17 juillet 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FFBJOC.

Syndicats de salariés :

FGMM CFDT ;

FNSM CFTC ;

FCM FO ;

FTM CGT.

ANNEXE I
TABEAU DE GARANTIES. – RÉGIME DE BASE

GARANTIE	REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale	
	Régime de base	Surcomplémentaire (base incluse)
Hospitalisation		
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	100 % de la BR	250 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire CAS	120 % de la BR	200 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire non CAS	100 % de la BR	125 % de la BR
Chambre particulière	25 € par jour	50 € par jour
Chambre particulière en maternité	25 € par jour limité à 6 jours par séjour	50 € par jour limité à 6 jours par séjour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Forfait actes lourds	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans	25 € par jour	50 € par jour
Pratique médicale courante		
Consultations : visite d'un omnipraticien CAS	120 % de la BR	120 % de la BR
Consultations : visite d'un omnipraticien non CAS	100 % de la BR	100 % de la BR
Consultations : visites spécialistes CAS	125 % de la BR	200 % de la BR
Consultations : visites spécialistes non CAS	105 % de la BR	125 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR	100 % de la BR
Actes de spécialité CAS	125 % de la BR	200 % de la BR
Actes de spécialité non CAS	105 % de la BR	125 % de la BR
Radiologie-ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale CAS	120 % de la BR	120 % de la BR
Radiologie-ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale non CAS	100 % de la BR	100 % de la BR

GARANTIE	REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale	
	Régime de base	Surcomplémentaire (base incluse)
Médecine alternative Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe	25 € par séance et dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	30 € par séance et dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire
Pharmacie Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale Autres vaccins non remboursés par la sécurité sociale Automédication ⁽¹⁾	Ticket modérateur 100 % des frais réels Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €	Ticket modérateur 100 % des frais réels Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €
Transport Frais de transport	100 % de la BR	100 % de la BR
Optique Verres et monture Lentilles prises en charge par la sécurité sociale Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale y compris jetables Chirurgie, opération oculaire	Frais d'optique ; les garanties s'entendent : mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ; adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.	
	Selon grille (ci-après)	Selon grille (ci-après)
	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 375 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 800 €
Dentaire Soins dentaires Inlay-core et inlay à clavette Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale Implantologie Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	200 % de la BR 200 % de la BR 350 % de la BR 325 € par implant 250 % de la BR	200 % de la BR 200 % de la BR 450 % de la BR 750 € par implant 350 % de la BR
Appareillage Orthopédie et prothèses diverses Prothèses auditives	100 % de la BR 100 % de la BR	200 % de la BR 200 % de la BR
Allocations forfaitaires Maternité Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale	Allocation forfaitaire égale à 50 € 100 % de la BR	Allocation forfaitaire égale à 50 € 100 % de la BR

GARANTIE	REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale	
	Régime de base	Surcomplémentaire (base incluse)
Prévention Frais de prévention réglementaire	Prise en charge des actes de prévention dans la limite des prestations garanties par le contrat ⁽²⁾	Prise en charge des actes de prévention dans la limite des prestations garanties par le contrat ⁽²⁾
<p>(1) Remboursement de médicaments considérés comme tels, ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché et vendus en officine.</p> <p>(2) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.</p> <p>A la date de signature de l'accord, ces garanties sont conformes aux décrets :</p> <ul style="list-style-type: none"> – n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ; – n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins. <p>BR : base de remboursement.</p> <p>CAS : contrat d'accès aux soins.</p>		

ANNEXE II

GRILLES OPTIQUES

GRILLE OPTIQUE régime de base	ENFANTS < 18 ANS						ADULTES				
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass par verre	2 verres + 1 monture (*)		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)
Verres simple foyer, sphériques											
Sphère de – 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	50 €	180 €		2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	85 €	270 €
Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	60 €	200 €		2263459, 2265330, 228060, 2282793	4,12 €	2,47 €	95 €	290 €
Sphère < – 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	65 €	210 €		2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	105 €	310 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques											
Cylindre < + 4 sphère de – 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	55 €	190 €		2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100 €	300 €
Cylindre < + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	65 €	210 €		2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110 €	320 €
Cylindre > + 4 sphère de – 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	70 €	220 €		2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	120 €	340 €
Cylindre > + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	75 €	230 €		2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	130 €	360 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques											
Sphère de – 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	80 €	240 €		2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	170 €	440 €
Sphère < – 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	90 €	260 €		2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	190 €	480 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques											
Sphère de – 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	100 €	280 €		2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	220 €	540 €

GRILLE OPTIQUE régime de base	ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass par verre	2 verres + 1 monture (*)	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)
Type de verre										
Sphère < - 8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	110 €	300 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	250 €	600 €

(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent :
- mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ;
- adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.

GRILLE OPTIQUE régime de base	ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass par verre	1 monture (*)	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	1 monture (*)
Garantie										
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	80 €	80 €	2223342	2,84 €	1,70 €	100 €	100 €

(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent :
– mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ;
– adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.

GRILLE OPTIQUE surcomplémentaire	ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)
Verres simple foyer, sphériques										
Sphère de – 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70 €	240 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	110 €	370 €

GRILLE OPTIQUE surcomplémentaire	ENFANTS < 18 ANS						ADULTES				
	Type de verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	2 verres + 1 monture (*)
	Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80 €	260 €	2263459, 2265330, 228060, 2282793	4,12 €	2,47 €	120 €	390 €
	Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	85 €	270 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130 €	410 €
	Verres simple foyer, sphéro-cylindriques										
	Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	75 €	250 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	125 €	400 €
	Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85 €	270 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	135 €	420 €
	Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	90 €	280 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	145 €	440 €
	Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	95 €	290 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	155 €	460 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques										
	Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	100 €	300 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	195 €	540 €
	Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	110 €	320 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	215 €	580 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques										
	Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	120 €	340 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	245 €	640 €
	Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	130 €	360 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	275 €	700 €
(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent : - mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire ; - adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.											

GRILLE OPTIQUE régime de base		ENFANTS < 18 ANS					ADULTES				
Garantie	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	1 monture (*)		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. par verre	1 monture (*)
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100 €	100 €		2223342	2,84 €	1,70 €	150 €	150 €
(*) Frais d'optique, les garanties s'entendent : – mineurs : verres + monture et lentilles par an et par bénéficiaire : – adultes : verres + monture une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, le renouvellement de l'équipement peut s'opérer par période de 1 an. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.											