

Brochure n° 3326

Convention collective nationale

IDCC : 2494. – **COOPÉRATION MARITIME**

AVENANT N° 14 DU 5 NOVEMBRE 2015

RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650177M

IDCC : 2494

PRÉAMBULE

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a généralisé la couverture complémentaire santé en imposant, selon un calendrier déterminé, l'engagement de négociations au niveau de la branche afin que tous les salariés puissent bénéficier d'une couverture complémentaire santé d'ici au 1^{er} janvier 2016.

Aussi, les signataires du présent avenant se sont rencontrés afin d'instaurer un régime conventionnel de remboursement de frais de santé au niveau de la branche.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent avenant est applicable à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la coopération maritime du 7 décembre 2004.

Article 2

Architecture du régime conventionnel frais de santé

Le régime conventionnel frais de santé se compose d'un régime unique sur la base d'un tarif uniforme : ce régime couvre le salarié et ses ayants droit moyennant une cotisation unique.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent avenant s'appliquent obligatoirement à tous les salariés relevant de son champ d'application, sans condition d'ancienneté.

Il s'applique également aux anciens salariés des entreprises visées à l'article 1^{er} ci-dessus qui bénéficient de la portabilité du régime frais de santé.

Dispense d'affiliation

Toutefois, par dérogation au caractère obligatoire, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime les salariés visés à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale. A titre informatif, à la date de signature du présent avenant, l'article précité vise les cas de dispense suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Outre la volonté du salarié d'être dispensé, cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse formulée dans le mois par le salarié concerné, qui devra produire chaque année à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier que les conditions nécessaires pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies.

Dans les cas de dispense d'affiliation précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'entreprise adhérente.

Le salarié qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer son entreprise. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent régime à compter du premier jour du mois civil suivant.

Les employeurs pourront mettre en place des régimes sans cas de dispense d'affiliation possibles ou prévoyant seulement certains des cas de dispense mentionnés ci-dessus, sous réserve, bien entendu, de respecter le formalisme requis par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

A titre informatif, cet article, dans sa version en vigueur au jour de la rédaction du présent avenant, dispose que les garanties doivent être déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Définition des ayants droit

Pour le bénéfice des garanties du régime, les ayants droit sont définis comme suit :

Conjoint : par conjoint, il faut entendre la personne mariée avec le (la) salarié(e) et non séparée de droit.

Sont assimilés au conjoint le cocontractant d'un Pacs ainsi que le concubin.

Cocontractant d'un Pacs : par cocontractant d'un Pacs, il faut entendre la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) avec le (la) salarié(e).

Concubin : par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage selon les dispositions de l'article L. 515-8 du code civil avec le (la) salarié(e), sous réserve que le (la) salarié(e) soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs.

Enfants à charge :

Par enfants à charge, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus, nés) ;
- les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du salarié aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale,

dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

Il convient de préciser l'âge qui sera retenu si les enfants ne poursuivent pas d'études. Par conséquent, il faut ajouter :

- être âgés de moins de 26 ans et, s'ils travaillent, que leur rémunération n'excède pas 55 % du Smic ;
- être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils soient apprentis ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Article 4

Garanties

Le régime conventionnel frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables ».

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

Le tableau reprenant le niveau des garanties minimales est joint en annexe. Il est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes notamment des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent avenant.

Article 5

Cotisations

Taux de cotisation

Les garanties du régime conventionnel frais de santé sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation dont le taux est défini ci-après.

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). (A titre informatif, le PMSS 2015 est de 3 170 €.)

Les cotisations mensuelles totales (salarié et employeur) sont les suivantes :

- personnel non cadre : 4,28 % ;
- personnel cadre : 5,68 %.

Les tarifs comprennent le maintien de la garantie frais de santé au titre de la portabilité.

Révision du taux de cotisation

Toute modification de la réglementation pourra donner lieu à des modifications tarifaires qui feront l'objet d'un avenant au présent avenant, après analyse par la commission paritaire de suivi.

Au-delà de la première année de fonctionnement du régime, les résultats techniques du régime présentés par l'organisme assureur détermineront les taux de cotisation applicables.

Répartition du taux de cotisation

Les cotisations sont réparties à hauteur de 60 % à la charge de l'employeur et de 40 % à la charge du salarié.

Article 6

Cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Les garanties du présent régime sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

La participation patronale doit alors être versée au profit des salariés absents, sauf si le régime prévoit un maintien de garantie gratuit.

Cette participation patronale est calculée selon les règles prévues par le régime.

Le salarié devra également acquitter la part salariale calculée selon les règles prévues par le régime, sauf si le maintien de garantie est gratuit.

Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de salaire, ni d'indemnités journalières le cas échéant, financées au moins pour partie par l'employeur, ne bénéficient plus des garanties prévues par le présent régime, et ce pendant la durée de la suspension non rémunérée et non indemnisée.

Pour autant le salarié pourra demander le maintien de sa garantie frais de santé à l'organisme assureur, sous réserve qu'il s'acquitte de la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Article 7

Maintien de la garantie frais de santé au titre de la portabilité des droits

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire (portabilité) en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime de l'assurance chômage.

Les dispositions prévues au présent article sont celles en vigueur au jour de la signature du présent avenant. Elles sont rappelées à titre purement informatif. Par conséquent, si la réglementation relative à la portabilité était amenée à évoluer, les entreprises devraient s'y conformer, sans qu'une révision du présent avenant ne soit nécessaire.

Bénéficiaires

Continuent à bénéficier de la garantie frais de santé qui les couvrait en tant qu'actifs les anciens salariés relevant du champ d'application du présent avenant, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- être indemnisés par le régime de l'assurance chômage et le justifier auprès de l'organisme assureur ;
- avoir été affiliés et bénéficier de la garantie frais de santé avant la rupture du contrat de travail par le présent régime.

Le bénéfice de cette couverture est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié, sous réserve que ces derniers étaient déjà couverts avant la rupture du contrat de travail.

Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié bénéficie des prestations de la garantie frais de santé au titre de la portabilité à compter de la rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente, dans la limite de 12 mois.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

Cessation de la portabilité

Le maintien de la garantie frais de santé cesse, au plus tard, 12 mois après la date de rupture du contrat de travail et en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur prendra en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

Article 8

Maintien de la garantie frais de santé au titre de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (loi Evin), les salariés dont le contrat de travail est rompu et le cas échéant ses ayants droit, et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous, pourront demander le maintien de leur garantie frais de santé, dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médicaux ni période probatoire.

Sont visés par cette disposition les salariés dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- ou d'une pension de retraite ;
- ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

Sont également visés les ayants droit d'un salarié décédé, lesquels peuvent demander le maintien de la garantie santé pendant une durée minimale de 12 mois.

La demande de maintien de la garantie frais de santé doit être réalisée par l'ancien salarié dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou suivant l'expiration de la période de maintien de la garantie frais de santé au titre de la portabilité des droits.

Les ayants droit d'un salarié décédé disposent d'un délai de 6 mois suivant le décès du salarié pour demander le maintien de leur garantie.

L'article 1^{er} du décret n° 90-769 du 30 août 1990 précise que les tarifs relatifs à ce maintien de la garantie frais de santé ne pourront être supérieurs de plus de 50 % à la cotisation totale payée par l'employeur et le salarié.

Article 9

Commission paritaire de gestion du régime frais de santé

Il est institué au sein de la branche professionnelle une commission paritaire de gestion du régime frais de santé.

Composition

La commission paritaire de gestion du régime frais de santé est composée de membres désignés par les organisations représentatives dans le champ d'application de l'avenant :

- un collège salariés comprenant un représentant pour chacune des organisations représentatives ;
- un collège employeurs du même nombre total de représentants.

Rôles

La commission paritaire de gestion du régime frais de santé a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime frais de santé institué par l'avenant :

- application de l'avenant frais de santé ;
- examen des litiges éventuels résultant de cette application, conciliation ;
- examen des comptes annuels ;
- propositions d'ajustement et d'amélioration des dispositions de l'avenant : garanties, fonctionnement ;
- suivi de la mise en conformité des contrats existants.

En cas de litiges relatifs à l'application des dispositions de l'avenant, elle pourra être saisie afin d'interpréter et d'arrêter un avis sur les dossiers qui lui seront soumis.

Réunions

La commission paritaire de gestion du régime frais de santé se réunit au moins une fois par an.

Les convocations sont adressées par le secrétariat du paritarisme en liaison avec les organismes désignés. Les convocations sont adressées au moins 15 jours à l'avance et sont accompagnées des documents de gestion liés à l'ordre du jour.

Article 10

Formalités administratives

Le présent avenant, dont les parties signataires demandent l'extension, sera établi et déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Article 11

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Les partenaires signataires incitent les employeurs disposant, au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, d'un régime frais de santé mis en place selon les dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et comprenant des garanties d'un niveau au moins équivalent (apprécié pour chaque risque) à celui défini dans le présent avenant à maintenir leur régime.

En revanche, si le niveau des garanties mises en place (pour chaque risque) par l'employeur est inférieur à celui de celles définies dans le présent avenant, ce dernier devra les rendre conformes au présent avenant au plus tard dans le délai de 4 mois suivant son entrée en vigueur. Ce délai n'exonérera pas l'employeur de son obligation de respecter, dès le 1^{er} janvier 2016, les dispositions résultant de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013.

Article 12

Révision et dénonciation

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Article 13

Dépôt et demande d'extension

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

Les parties signataires sont convenues de demander sans délai l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 5 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FNSCCM.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

FNAA CFE-CGC ;

FNSM CGT.

ANNEXE

COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE 2016 Garanties incluant les prestations versées par la Sécurité sociale, limitées aux frais réels **PERSONNEL CADRE**

FRAIS ET ACTES PRIS EN CHARGE	PRESTATIONS SECURITE SOCIALE + MUTUELLE
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE en secteur conventionné . Frais de séjour . Honoraires médecin adhérent au CAS . Honoraires médecin non adhérent au CAS . Forfait hospitalier journalier . Chambre particulière	Y compris maternité 100 % des Frais Réels 100 % des Frais Réels 200 % de la BRSS 100 % des Frais Réels 100 % des Frais Réels
FRAIS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité) . Consultations et Visites – Radiologie et Actes Médicaux ↳ médecin adhérent au CAS ↳ médecin non adhérent au CAS . Auxiliaires médicaux, Analyses . Transport . Médecine naturelle : Ostéopathie, étiopathie, chiropractie	100 % des Frais Réels 200 % de la BRSS 100 % des Frais Réels 100 % de la BRSS 35 € par séance, 4 séances par an et par bénéficiaire
SOINS A L'ETRANGER	100 % de la BRSS
PHARMACIE	100 % de la BRSS
DENTAIRE . Soins dentaires . Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale . Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale . Implants non remboursés par la Sécurité sociale . Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels 470 % de la BRSS 300 % de la BRSS reconstituée 400 € par implant (maximum 2 implants/an/bénéficiaire) 100 % des frais réels
OPTIQUE Équipement optique (monture + 2 verres) remboursé par la sécurité sociale : un équipement tous les 2 ans, sauf modification de la vue ou pour un enfant mineur : 1 équipement par an. (1) - Lunettes à verres simples* - Lunettes comportant un verre simple* et un verre complexe** - Lunettes comportant un verre simple* et un verre hypercomplexe*** - Lunettes à verres complexes** - Lunettes comportant un verre complexe* et un verre hypercomplexe*** - Lunettes à verres hypercomplexes*** . Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, jetables . Opération de la myopie	470 € 610 € 634 € 634 € 634 € 634 € 8 % du PMSS/an /bénéficiaire 10 % du PMSS par oeil
ORTHOPEDIE . Appareillage, Prothèses Médicales & Auditives	310 % de la BRSS
TICKET MODERATEUR FORFAITAIRE Acte dont BRSS ≥ 120 €	18 €
CURE THERMALE remboursée par la Sécurité sociale . Soins . Voyage et hébergement	Idem frais médicaux courants 10 % du PMSS
FORFAIT NAISSANCE si enfant affilié au contrat	10 % du PMSS
PREVENTION . Vaccin anti-grippe . Actes de la liste de l'arrêté ministériel du 08.06.2006	100 % des Frais Réels 100 % de la BRSS
ASSISTANCE « VIE QUOTIDIENNE »	Assuré par FILASSISTANCE INTERNATIONAL Ct F10S0250
GARANTIE OBSEQUES . Adulte de moins de 65 ans . Enfant de 12 à 25 ans (si fiscalement à charge et étudiant) . Enfant de 9 à 12 ans . Enfant de moins de 9 ans	* dans la limite des frais réels 1 753,16 € 1 448,27 € 1 448,27 € * 609,80 € *

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale de 3170 € au 01.01.2015 **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins.

(*) Verre à simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est ≤ à + 4 dioptries.

(**) Verre simple foyer avec sphère hors zone de - 6 ou + 6 dioptries ou le cylindre est > à + 4 dioptries, et verre multifocal ou progressif.

(***) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

(1) La période de deux ans (ou d'un an si modification de la vue ou équipement pour enfant mineur) débute à la date d'acquisition de l'équipement ou du premier élément de cet équipement optique. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

COTISATION MENSUELLE PAR SALAIRE : 5,68 % du PMSS

COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE 2016
Garanties incluant les prestations versées par la Sécurité sociale, limitées aux frais réels
PERSONNEL NON CADRE

FRAIS ET ACTES PRIS EN CHARGE	PRESTATIONS SECURITE SOCIALE + MUTUELLE
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE en secteur conventionné . Frais de séjour . Honoraires médecin adhérent au CAS . Honoraires médecin non adhérent au CAS . Forfait hospitalier journalier . Chambre particulière . Frais de lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	Y compris maternité 100 % des Frais Réels 100 % des Frais Réels 200 % de la BRSS 100 % des Frais Réels 100 % des frais Réels 1,50 % du PMSS par jour (maximum de 60 jours par an)
FRAIS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité) . Consultations et Visites – Radiologie et Actes Médicaux ↳ médecin adhérent au CAS ↳ médecin non adhérent au CAS . Auxiliaires médicaux, Analyses . Transport . Médecine naturelle : Ostéopathie, étiopathie, chiropractie	320 % de la BRSS 200 % de la BRSS 310 % de la BRSS 100 % de la BRSS 30 € par séance, 4 séances par an et par bénéficiaire
SOINS A L'ETRANGER	100 % de la BRSS
PHARMACIE	100 % de la BRSS
DENTAIRE . Soins dentaires . Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale . Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	320 % de la BRSS 400 % de la BRSS 300 % de la BRSS
OPTIQUE Equipement optique (monture + 2 verres) remboursé par la sécurité sociale : un équipement tous les 2 ans, sauf modification de la vue ou pour un enfant mineur : 1 équipement par an. (1) - Lunettes à verres simples* - Lunettes comportant un verre simple* et un verre complexe** - Lunettes comportant un verre simple* et un verre hypercomplexe*** - Lunettes à verres complexes** - Lunettes comportant un verre complexe* et un verre hypercomplexe*** - Lunettes à verres hypercomplexes*** . Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, jetables . Opération de la myopie	470 € 571 € 571 € 571 € 571 € 571 € 8 % du PMSS/an /bénéficiaire 10 % du PMSS par oeil
ORTHOPEDIE . Appareillage, Prothèses Médicales & Auditives	210 % de la BRSS
TICKET MODERATEUR FORFAITAIRE Acte dont BRSS ≥ 120 €	18 €
CURE THERMALE remboursée par la Sécurité sociale . Soins . Voyage et hébergement	Idem frais médicaux courants 8 % du PMSS
PREVENTION . Vaccin anti-grippe . Actes de la liste de l'arrêté ministériel du 08.06.2006	100 % des Frais Réels 100 % de la BRSS
FORFAIT NAISSANCE si enfant affilié au contrat	8 % du PMSS
ASSISTANCE « VIE QUOTIDIENNE »	Assuré par FILASSISTANCE INTERNATIONAL Ct F10S0250
GARANTIE OBSEQUES . Adulte de moins de 65 ans . Enfant de 12 à 25 ans (si fiscalement à charge et étudiant) . Enfant de 9 à 12 ans . Enfant de moins de 9 ans	* dans la limite des frais réels 1 753,16 € 1 448,27 € 1 448,27 € * 609,80 € *

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale de 3170 € au 01.01.2015 **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins.

(*) Verre à simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est ≤ à + 4 dioptries.

(**) Verre simple foyer avec sphère hors zone de - 6 ou + 6 dioptries ou le cylindre est > à + 4 dioptries, et verre multifocal ou progressif.

(***) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

(1) La période de deux ans (ou d'un an si modification de la vue ou équipement pour enfant mineur) débute à la date d'acquisition de l'équipement ou du premier élément de cet équipement optique. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

COTISATION MENSUELLE PAR SALARIE : 4,28 % du PMSS