

**Convention collective**

**IDCC : 8733. – ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX  
ET CUMA**

**(Tarn et Haute-Garonne)**

**(11 décembre 1987)**

(Etendue par arrêté du 15 mars 1988,  
*Journal officiel* du 24 mars 1988)

---

**AVENANT N° 67 DU 31 DÉCEMBRE 2015**

**À L'ACCORD DU 3 JUILLET 2009 RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ**

NOR : AGRS1697239M

IDCC : 8733

---

Entre :

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires du Tarn

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires de la Haute-Garonne

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Tarn

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de la Haute-Garonne

D'une part, et

Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Tarn

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Haute-Garonne

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture FO Tarn

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture FO Haute-Garonne

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC Tarn

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC Haute-Garonne

Fédération CFTC-Agri

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

Le « Préambule » de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

« Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par son avenant n° 4 du 15 septembre 2015, et au vu des accords existant dans le champ d'application de l'accord du 3 juillet 2009 afin de garantir les salariés contre les risques relevant du dispositif national de pré-

voyance, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'adapter les garanties de complémentaire santé instaurées par ledit accord du 3 juillet 2009.

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 67 du 31 décembre 2015 relatif à l'accord départemental du 3 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application l'appliqueront à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres des départements du Tarn et de la Haute-Garonne de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime collectif mutualisé au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective de travail concernant les entreprises de travaux agricoles et ruraux et les coopératives de matériel agricole des départements du Tarn et de la Haute-Garonne en date du 11 décembre 1987. »

## **Article 2**

L'article 2 « Salariés bénéficiaires » de l'annexe II de la convention collective précitée est modifié comme suit :

### **« Détermination des salariés bénéficiaires**

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :

- leur embauche intervient dans les 3 mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins 3 mois.

### **2.1. Cas de dispense**

Par exception aux dispositions relatives à la "Détermination des salariés bénéficiaires" du présent article et en application des règles relatives à la réglementation sociale et fiscale en son état au jour de l'avenant n° 4, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif et obligatoire de l'accord.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite 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 ;
- 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 à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. 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 au moment de la mise en place du dispositif 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 de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
  - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
  - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
  - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
  - régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
  - contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
  - régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
  - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

## 2.2. Couverture facultative

### Salariés non affiliés à l'AGIRC ayant moins de 3 mois d'ancienneté

Les salariés non cotisants AGIRC ayant moins de trois mois d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application ont la possibilité d'adhérer au régime de base ainsi que leurs ayants droit à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale.

La cotisation globale acquittée sera entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur recommandé à l'article 4 procédera au recouvrement de la cotisation.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe.

### Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son/ou ses ayants droit moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article "Cotisations".

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur recommandé à l'article 4 procédera à la collecte de la cotisation.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe.

### Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations seront confiés à l'organisme assureur recommandé à l'article 4. »

## Article 3

L'article 3 « Adhésion et antériorité » de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

### « 3.1. Admission et antériorité

L'adhésion des entreprises du secteur référencé à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord et l'affiliation de leurs salariés, dès lors qu'ils respectent les conditions d'ancienneté fixées à l'article 2 ont un caractère obligatoire à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord du 3 juillet 2009 et de ses annexes. »

*[Le reste sans changement]*

## Article 4

Le dernier alinéa de l'article 4 « Assurance et gestion du régime complémentaire frais de santé » de l'annexe II de la convention collective précitée est modifié comme suit :

« Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans le protocole de gestion conclu entre l'organisme assureur recommandé et les partenaires sociaux signataires du présent accord. »

## Article 5

L'article 5 « Garanties complémentaires frais de santé » de l'annexe II de la convention collective précitée est modifié comme suit :

« Garanties solidaires et responsables :

Le salarié visé à l'article 2 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Ces garanties sont conformes aux exigences des contrats dits « responsables et solidaires », notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale et de la circulaire d'application du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées auxdits articles. »

## **Article 6**

L'article 6 « Cotisations » de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

### **« 6.1. Taux de cotisation et répartition**

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 accord. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la mutualité sociale agricole (MSA) entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme d'assurance recommandé, les signataires de l'accord et l'organisme d'assurance s'engagent à réviser les cotisations/et ou les garanties, au plus tôt, de la date d'application par la MSA des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties de complémentaire frais de santé définies par le présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale, pour l'exercice 2016 à 0,93 % du PMSS (taux identique à celui de 2015).

Elle est répartie comme suit pour 2016 :

- employeur : 14,96 € ;
- salarié : 14,96 €.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles prévues à l'article 4, il devra en assurer la totalité du financement. Il est entendu que l'employeur n'y contribue en rien et que le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise. »

## 6.2. Appel et recouvrement

*[Sans changement]*

### « 6.3. Solidarité

#### 6.3.1. Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies au 6.3.2 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé, en application du présent accord, sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié pour son compte propre ou celui de ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

#### 6.3.2. Prévention et action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole, prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini ci-après au 6.3.3 et au 6.3.4.

#### 6.3.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;

- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel de continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

#### 6.3.4. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

### **Article 7**

L'article 9 « Protocole de gestion spécifique et de suivi du régime » de l'annexe II de la convention collective susdite est modifié comme suit :

« Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé conclu entre l'organisme assureur recommandé et les partenaires sociaux signataires du présent accord. Ce protocole définit notamment les modalités de suivi du régime à savoir :

- la constitution d'une commission paritaire de suivi et de surveillance ;
- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi et de surveillance ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, les provisions constituées ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises adhérentes et les bénéficiaires. »

*[Le reste sans changement]*

### **Article 8**

Le présent avenant s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Article 9**

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

### **Article 10**

Un exemplaire du présent avenant sera remis à chaque partie signataire, et deux exemplaires seront déposés à l'unité territoriale du Tarn de la DIRECCTE.

Fait à Albi, le 31 décembre 2015.

(Suivent les signatures.)



# ANNEXE

## Assurance complémentaire frais de santé obligatoire

Nature des risques	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement complémentaire		Remboursement total Base conventionnelle
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>Frais médicaux</b>				
Honoraires et dépassement d'honoraires généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %		100 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires (1)	70 %	30 %		100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio,scanner,IRM)(1)	70 %	30 %		100 % BR
Sages-femmes	70 %	30 %		100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %		100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100%	40 % ou 0%		100 % BR
Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture				Néant
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0€ à 150€/an/bénéficiaire			0€ à 150€/an/bénéficiaire
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	65 % à 30 %		100% BR
<b>Pharmacie</b>				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65% BR	35%		100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 %		100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 %		100 % BR
<b>Hospitalisation (conventionné ou non)</b>				
Frais de séjour	80% à 100 %	20 % à 0 %		100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80% à 100 %	20% à 0 %		100% BR
Dépassements d'honoraires			100% BR(nonCAS(1))155 % BR (CAS <sup>3</sup> )	100 % BR (non-cas)(1)155 % BR (cas)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)			100 % BR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 euros)			100 % FR	100% FR
(actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 euros				
Chambre particulière :				
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)			40 €/jour	40/jour
Maternité			40 €/jour	40€/jour
Psychiatrie			40 €/jour	40€/jour
Chambre particulière en ambulatoire			néant	néant
Frais accompagnant (moins 16 ans)			1/3 PMSS	1/3 PMSS
Maternité (3)				100% BR
Frais de transport	65 %	35 %		65% à 70%
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% à 70 %			
<b>Dentaire</b>				
Soins dentaires	70%	30 %		100 % BR
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %		100 % BR
Inlays Cores (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	25%	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70%	30 %	110 % BR + 10,5%PMSS/AN /bénéf.	210%BR+10,5%PMSS/an/bénéf.
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	30 % ou 0 %	150%	250 % BR
<b>Optique</b>				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les deux ans	
Monture seule	60 %	40 %		455 %BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %		355 % BR	60 % + 7 % PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
2 verres très complexes © (5)	60%		7 % PMSS	60% + 7 % PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c)(5)	60%		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60%	40 %	100€/an/bénéficiaire	100%BR+100€/an/bénéficiaire
<b>Prothèses hors dentaire</b>				
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40%	355 %	455 % BR
Autres prothèses et petit appareillage	60%	40%		100% BR
Gros appareillage	100%	0%		100%BR
Fourniture médicale et pansement	60%	40%		100%BR
<b>Assistance</b>				oui

BR : base de remboursement.

TM : ticket modérateur.

CAS : convention d'accès aux soins.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS).

(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévus à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire <sup>(1)</sup> Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS).

(3) Dans la limite des frais réellement engagés.



(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.

Verres simples classe *a* : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre  $-6,00$  et  $+6,00$  dioptries et dont le cylindre  $\leq 4,00$  dioptries.

Verres complexes classe *b* : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de  $-6,00$  à  $+6,00$  dioptries ou dont le cylindre  $> +4,00$  dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres très complexes classe *c* : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de  $-8,00$  à  $+8,00$  dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de  $-4,00$  à  $+4,00$  dioptries.

(5) Y compris forfait monture.