

## Avenant n°5 à l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires

### Préambule

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 14 décembre 2015 l'accord relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires. Cet accord a été modifié par quatre avenants datés du 30 septembre 2016, du 9 décembre 2016, du 6 octobre 2017 et du 22 décembre 2017.

En raison des évolutions législatives et réglementaires récentes dans le cadre de la réforme « 100% santé », les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire se sont réunis afin d'assurer la mise en conformité des dispositions de l'accord du 14 décembre 2015 au nouveau cahier des charges des contrats dits responsables et solidaires défini par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

L'objectif poursuivi par la branche est de faire bénéficier les salariés intérimaires d'une offre « 100% santé » leur permettant un accès à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie et le régime obligatoire de la branche, afin de lutter contre le renoncement aux soins pour des raisons financières.

Dans le cadre du présent avenant, les parties signataires adaptent, en conséquence, le niveau des garanties en optique, audiologie et dentaire, avec une mise en œuvre totale de l'offre « 100% santé » en 2021.

De plus, les parties signataires conviennent de réviser certaines stipulations de l'accord du 14 décembre 2015 :

- Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont, par avenant du 30 septembre 2016, institué un dispositif de mutualisation du financement du versement santé au niveau de la branche (article 14-2). Un avenant d'interprétation du 14 septembre 2018 a précisé le sens que les parties signataires de cet avenant avaient entendu donner à l'article 14-2 de l'accord du 14 décembre 2015. Les parties signataires du présent avenant conviennent de réécrire l'article 14-2 de l'accord du 14 décembre 2015 à la lumière des éclaircissements apportés par l'avenant d'interprétation du 14 septembre 2018.
- Les parties signataires du présent avenant conviennent de supprimer l'article 7-3 de l'accord du 14 décembre 2015 sur le financement de l'opérateur de gestion, dans un objectif d'harmonisation avec l'accord du 13 décembre 2018 portant sur les moyens relatifs à la mise en œuvre des dispositifs de protection sociale, d'accompagnement social et de prévention des risques de désinsertion sociale, de santé et de santé au travail, et de suivi et d'accompagnement des parcours professionnelles des salariés intérimaires.

Enfin, les partenaires signataires décident de prolonger le taux d'appel à 50% des cotisations d'assurance au régime collectif obligatoire pour l'année 2020.

## **Article 1 – Evolution des garanties du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire facultatif**

Les parties signataires du présent avenant décident d'adapter le niveau des garanties du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire facultatif des salariés intérimaires pour rendre conformes ces régimes au nouveau cahier des charges du contrat responsable et solidaire.

Dans le cadre de la mise en œuvre progressive de la réforme « 100% santé », les parties signataires tiennent compte du calendrier de déploiement de la réforme pour la modification des garanties du régime de frais de santé :

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour les dispositifs d'optique médicale et certains soins prothétiques dentaires définis par arrêté du 24 mai 2019
- Au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les dispositifs d'aides auditives et certains soins prothétiques dentaires définis par arrêté du 24 mai 2019

### **1.1 – Révision des articles 10.1 et 10.2 – Niveau des garanties du régime collectif obligatoire**

La nature et le montant des garanties du régime collectif obligatoire visés aux articles 10.1 et 10.2 de l'accord du 14 décembre 2015 sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, puis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, conformément au tableau porté à l'annexe 3 intitulée « *Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative* » du présent avenant.

### **1.2 – Révision de l'article 11.2.2 – Niveau de la garantie optionnelle facultative**

La nature et le montant des garanties de la garantie optionnelle facultative visés à l'article 11.2.2 de l'accord du 14 décembre 2015 sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, puis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, conformément au tableau porté à l'annexe 3 intitulée « *Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative* » du présent avenant.

## **Article 2 – Révision de l'article 14 de l'accord du 14 décembre 2015 tel que modifié par l'article 5 de l'avenant n°1 du 30 septembre 2016**

L'article 14 est modifié comme suit :

### **14.1 – Engagements au titre du haut degré de solidarité**

Le présent accord instaure un régime conventionnel de branche obligatoire présentant un haut degré 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.

AWO.e NF  
ML  
VD

Le haut degré de solidarité comprend notamment :

- la prise en charge de la part salariale de la cotisation des salariés visés à l'article 3 et souhaitant ne pas bénéficier de la dispense d'affiliation ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives consistant principalement dans l'aide sous condition de ressources au financement des couvertures facultatives mentionnées à l'article 11 ;
- le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans la branche déterminées et pilotées par la CPNSST.

Pour financer ces prestations de solidarité il est créé un fonds de solidarité dédié que devront financer les salariés intérimaires et les entreprises qui choisiront de les affilier auprès des organismes assureurs recommandés ou auprès d'un autre organisme assureur.

La part de la cotisation d'assurance acquittée pour le régime obligatoire, affectée au financement de ce fonds de solidarité, est fixée à 4%.

Toute entreprise qui choisirait de ne pas affilier toute ou partie de ses salariés intérimaires auprès des organismes assureurs recommandés devra verser au fonds de solidarité une somme correspondant à 4% du montant de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour l'ensemble de ses salariés intérimaires au titre du régime institué dans cette entreprise.

La fraction du fonds de solidarité affectée aux prestations à caractère non contributif présentant un haut degré de solidarité est fixée au minimum à 2% de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour le régime obligatoire et de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour l'ensemble des salariés intérimaires des entreprises qui n'auraient pas affilié leurs salariés intérimaires auprès des organismes assureurs recommandés.

Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité sont définies par le comité paritaire de gestion du FASTT.

#### 14.2 – Mutualisation du versement santé

La fraction du fonds de solidarité excédant le minimum légal de 2% est, pour ce qui concerne la part patronale, affectée au financement du versement santé que peuvent demander les salariés visés à l'article 2.1.

### **Article 3 – Abrogation de l'article 7-3 de l'accord du 14 décembre 2015**

L'accord du 14 décembre 2015 a initialement confié à un opérateur de gestion la mission du décompte de l'ancienneté en vue de l'affiliation des salariés intérimaires au régime obligatoire de frais de santé. Dans un accord du 13 décembre 2018, les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont étendu la portée du dispositif du décompte des heures au-delà du régime de frais de santé, en mettant en place un dispositif spécifique plus global dans l'objectif d'avoir une meilleure visibilité et compréhension des parcours d'emploi des salariés intérimaires et de déployer la protection sociale des salariés intérimaires et l'ensemble des dispositifs d'accompagnement qui les concernent. Cette mission du compteur horaire est confiée à un gestionnaire unique.

En conséquence, dans un souci d'harmonisation avec l'accord de branche du 13 décembre 2018 et en particulier de ses articles 3 et 4, les parties signataires décident d'abroger les dispositions de l'article 7-3 de l'accord du 14 décembre 2015.

### **Article 4 – Taux d'appel – cotisations appelées en 2020**

Les parties signataires décident de proroger le taux d'appel sur les cotisations mentionnées à l'article 9 de l'accord du 14 décembre 2015, tel que défini dans l'avenant n°3 du 6 octobre 2017.

Les cotisations appelées, afférentes aux périodes d'emploi du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et jusqu'au 31 décembre 2020, seront : 0,1198 €/h de travail, et 0,0762 €/h de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

### **Article 5 – Choix des organismes assureurs recommandés**

En application de l'article 13-1 de l'accord du 14 décembre 2015, les partenaires sociaux conviennent d'organiser, au cours du premier semestre 2020, une nouvelle procédure de mise en concurrence des organismes d'assurance, dans le respect de la réglementation en vigueur, pour assurer la couverture collective obligatoire et les couvertures facultatives des salariés intérimaires.

### **Article 6 – Entrée en vigueur - Durée**

Le présent avenant porte révision de l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires, il se substitue de plein droit aux stipulations de cet accord, conformément à l'article L. 2261-8 du code du travail.

Il est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

AW O.C 18 NF  
H.C  
T.O

**Article 7 – Dispositions relatives aux entreprises de moins de 50 salariés**

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir les stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante salariés, visées à l'article L.2232-10-1 du Code du travail.

**Article 8 – Force obligatoire de l'accord de branche du 14 décembre 2015 et de ses avenants**

L'accord du 14 décembre 2015 et ses avenants s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L.2253-1 du Code du travail fixant les matières dans lesquelles les stipulations de l'accord de branche prévalent sur une convention d'entreprise conclue antérieurement ou postérieurement à la date de son entrée en vigueur, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s'apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

**Article 9 – Dépôt et extension**

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail ainsi que les formalités nécessaires à son extension.

Fait à Paris, le 20 septembre 2019 en deux exemplaires originaux

CFDT- Fédération des services

Laurence SÉGUERA  
*Séguera*

CGT-Intérim

Alain Weymann  
*W*

PRISM'EMPLOI

*[Signature]*

CFTC-CSFV

Manuel LECONTE  
*[Signature]*  
Force Ouvrière  
P10 *[Signature]* SIRON  
Nicolas PRINTEMPS

*[Signature]*

CFE-CGC-ENECS

*[Signature]* Tamia JAUCHY

UNSA

*[Signature]* Ousmane BISSAKHO  
DO Fatima HIRAKI SG  
FGS *[Signature]*

AWO.C

*[Signature]* AF

**ANNEXE 3**

**NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE  
ET DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE**

AN NE

OC

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and initials 'LS' and 'DJ' on the right.

Le détail des garanties en vigueur au 01.01.2020 sont reprises ci-après.


Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

**ABREVIATIONS :**


- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
  - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
  - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité (Conventionné / Non conventionné)</b>	<b>GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)</b>	<b>GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)</b>
Frais de séjour	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Honoraires :</b> Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésie (ADA), Actes techniques médicaux (ATM), Autres honoraires - Pour les médecins adhérents DPTM : - Pour les médecins non adhérents DPTM :	100% BR  100% BR	250% BR  200% BR
Chambre particulière	25 € / jour (durée maximale 7 jours)	25 € / jour (durée maximale 7 jours)

<b>TRANSPORT</b>	<b>GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)</b>	<b>GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)</b>
Transport remboursé SS	100% BR	100% BR

AW O-CNF  


<b>SOINS COURANTS</b>	<b>GARANTIE DE BASE</b> Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)	<b>GARANTIE +</b> Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
<b>Honoraires médicaux (Conventionné / Non conventionné) :</b>		
<b>► Remboursés SS</b>		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 180% BR 100% BR 160% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 180% BR 100% BR 160% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 180% BR 100% BR 160% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 180% BR 100% BR 160% BR
<b>► Non remboursés SS</b>		
Chiropractie,                      Etiopathie,                      Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		25 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile                      25 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile
Densitométrie osseuse		35 € par acte                      35 € par acte
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100% BR                      120% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100% BR                      100% BR
<b>Médicaments :</b>		
Remboursés SS (hors pharmacie remboursée à 15%)		100% BR                      100% BR
<b>Pharmacie (hors médicaments) :</b>		
Remboursée SS		100 % BR                      100 % BR
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie et autres prothèses remboursées SS et appareillages (hors auditives, dentaires et d'optique)		150% BR                      150% BR
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR                      100 % de la BR

ALL DCNF  
 GS ML  




<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)</b>	<b>GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)</b>
<b>JUSQU'AU 31.12.2020 :</b>		
<b>Aides auditives remboursées SS :</b>		
Aides auditives	150% BR + 200 € par oreille / année civile	150% BR + 260 € par oreille / année civile
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	100% BR
<b>A COMPTER DU 01.01.2021 :</b>		
<b>Equipements 100 % Santé (**):</b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale,	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale,
- Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	dans la limite des PLV (***)	dans la limite des PLV (***)
<b>Equipements libres (****) :</b>		
Aides auditives	RSS + 560€ par oreille (***)	RSS + 620€ par oreille (***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	100% BR

(\*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets; fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(\*\*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) Les conditions de renouvellement des aides auditives sont fixées à l'Article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale

(\*\*\*\*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

AW  
OC MC

<b>DENTAIRE</b>	<b>GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)</b>	<b>GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)</b>
<b>► Panier soins et prothèses 100 % Santé (*)</b>		
Autres appareillages prothétiques dentaires (Dont inlay core)	<b>RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF</b>	<b>RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF</b>
<b>► Panier maîtrisé (**)</b>		
Inlay, onlay	<b>240% BR dans la limite des HLF</b>	<b>320% BR dans la limite des HLF</b>
Autres appareillages prothétiques dentaires (Dont inlay core)	<b>240% BR dans la limite des HLF</b>	<b>320% BR dans la limite des HLF</b>
<b>► Panier libre (***)</b>		
Inlay, onlay	<b>240% BR</b>	<b>320% BR</b>
Autres appareillages prothétiques dentaires (Dont inlay core)	<b>240% BR</b>	<b>320% BR</b>
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	<b>200% BR</b>	<b>320% BR</b>

(\*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(\*\*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

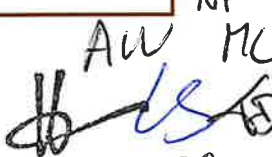
(\*\*\*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

<b>AUTRES FRAIS</b>	<b>GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)</b>	<b>GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)</b>
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	<b>Forfait de 300 €</b>	<b>Forfait de 300 €</b>

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

AW NF  
LS MC  
O.C. [Signature]

<b>OPTIQUE</b>	<b>GARANTIE DE BASE Remboursements sécurité sociale inclus (assiette BR)</b>	<b>GARANTIE + Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)</b>
<b>Equipements 100 % Santé (*) :</b>		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale,	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale,
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)	dans la limite des PLV	dans la limite des PLV
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale,	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale,
	dans la limite des PLV	dans la limite des PLV
<b>Equipements libres (***) :</b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	CF. grille optique	CF grille optique
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	CF. grille optique	CF grille optique
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</b>		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR	100% BR
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR	100% BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR	100% BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	100% BR
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	RSS +110 € par année civile (au minimum 100% BR)	RSS +125 € par année civile (au minimum 100% BR)
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	110 € par année civile	125 € par année civile
Chirurgie réfractive	400 € par œil	400 € par œil
(Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		

NF  
 ALU  
 MC  
  
 OC

(\*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(\*\*) Les conditions de renouvellement des équipements sont fixées à l'Article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale

(\*\*\*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

AUTOS NF  
ML  
OC

**Grille optique base (Remboursements sécurité sociale inclus)  
Garanties panier libre**

Classe	Défaut visuel			Verre Unifocal Organique		Verre Multifocal Organique		Hors réseau optique itelis		
	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre	Verre	Verre	Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Multifocal
	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre	Verre	Verre	Garantie*	Garantie*	Garantie*	Garantie*	Garantie*
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	Indice 1,5 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	33 €	26 €	33 €	26 €	94 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]							
	Sphère + Cylindre	]0 ; +2]	> 0							
2	Sphère	[-4 ; -2] ou ]+2 ; +4]	0	Indice 1,6 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	Indice 1,6 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	38 €	31 €	38 €	31 €	104 €
	Sphère	[-4 ; -2]	]0 ; +4]							
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0							
3	Sphère	[-6 ; -4] ou ]+4 ; +6]	0	Indice 1,67 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	Indice 1,67 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	58 €	51 €	58 €	51 €	124 €
	Sphère	[-6 ; -4]	]0 ; +4]							
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0							
4	Sphère	[-8 ; -6] ou ]+6 ; +8]	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	76 €	70 €	76 €	70 €	144 €
	Sphère	[-8 ; -6]	]0 ; +4]							
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0							
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	104 €	82 €	104 €	82 €	165 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4							
	Sphère	< -8	> 0							
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0							

\* Par verre

**Monture :**

60 €

AW  
OC  
MC  
NS  
ES

**Grille optique G+ (Remboursements sécurité sociale et régime de base inclus)  
Garanties panier libre**

Défaut visuel			Dans le réseau optique Itelis : 100% FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)		Hors réseau optique Itelis			
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre		Verre Unifocal Organique		Verre Multifocal Organique		Verre Unifocal	
	Sphère	Cylindre	Verre	Verre	Garantie*	Verre Unifocal Mineurs	Garantie*	Verre Multifocal
1	Sphère	[-2 ; +2]	Indice 1,5 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	Indice 1,5 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	58 €	51 €	134 €	
	Sphère	[0 ; +4]						
	Sphère + Cylindre	> 0						
2	Sphère	[-4 ; -2] ou [+2 ; +4]	Indice 1,6 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	Indice 1,6 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	68 €	61 €	154 €	
	Sphère	[0 ; +4]						
	Sphère + Cylindre	> 0						
3	Sphère	[-6 ; -4] ou [+4 ; +6]	Indice 1,67 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	78 €	71 €	174 €	
	Sphère	[0 ; +4]						
	Sphère + Cylindre	> 0						
4	Sphère	[-8 ; -6] ou [+6 ; +8]	Indice 1,74 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	Indice 1,74 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	96 €	89 €	194 €	
	Sphère	[0 ; +4]						
	Sphère + Cylindre	> 0						
5	Sphère	< -8 ou > +8	Indice 1,74 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	Indice 1,74 Traitement contres les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	124 €	102 €	205 €	
	Sphère	> +4						
	Sphère + Cylindre	> 0						
* Par verre			Monture :		100 €			

AW NF  
ML  
oe  
ML  
RD