

**AVENANT DU 15 OCTOBRE 2019
A L'ACCORD DU 19 NOVEMBRE 2015
RELATIF AU REGIME OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE**

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ORGANISMES DE FORMATION
DU 10 JUIN 1988 (IDCC 1516)
MISE EN ŒUVRE DU « 100% SANTE »**

ENTRE :

La Fédération de la Formation Professionnelle - FFP,
Le Syndicat National des Organismes de Formation - SYNOFDES

D'une part,

ET

La Fédération de la Formation et de l'Enseignement Privés CFDT - FEP-CFDT ;
Le Syndicat National des Personnels de l'Enseignement et de la Formation Privés CGT - SNPEFP-CGT ;
Le Syndicat national de l'enseignement privé laïque CFTC - SNEPL-CFTC ;
Le Syndicat National de l'Education Permanente, de la formation, de l'Animation, de l'hébergement, du sport et du Tourisme FO - SNEPAT-FO ;
Le syndicat Formation & Développement CFE-CGC - F&D CFE-CGC.

D'autre part,

PREAMBULE

Conformément à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale, les contrats collectifs doivent être conformes au cahier des charges relatif aux contrats responsables, afin de bénéficier d'un régime social et fiscal de faveur.

Or, ce cahier des charges, défini à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale a été modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires. Pour les garanties précitées, un panier de soins dit « 100 % santé », sans reste à charge pour les salariés, doit être proposé dans le cadre des contrats responsables.

Les nouvelles dispositions découlant de la réforme du 100% Santé entrent en vigueur progressivement à partir du 1^{er} janvier 2020 pour l'optique et le dentaire et le 1^{er} janvier 2021 pour l'audiologie.

Les partenaires sociaux de la branche de la Convention Collective Nationale des Organismes de Formation se sont donc réunis en vue de mettre en conformité le régime de protection sociale complémentaire frais de santé, afin de conserver le bénéfice accordé aux contrats responsables.

Avenant 15 octobre 2019 à l'accord du 19 novembre 2015

UD n UP
A UP
CH

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'Accord collectif de branche du 19 novembre 2015.

Article 1 -Entreprises de moins de 50 salariés

En application de l'article L. 2261-23-1 du Code du travail, les signataires conviennent que la nature du 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 2 -Prestations

Les garanties prévues à l'annexe I de l'accord frais de santé du 19 novembre 2015 sont remplacées par les garanties annexées au présent avenant.

Ces tableaux de garanties intègrent les nouvelles prestations prévues dans le cadre de la réforme sur le 100% Santé.

Ces garanties entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 sans effet sur le niveau des cotisations.

Article 3 -Durée et date d'effet

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

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

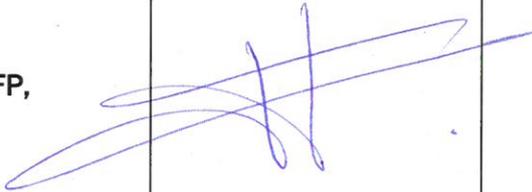
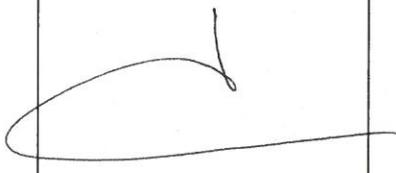
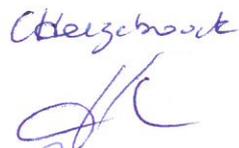
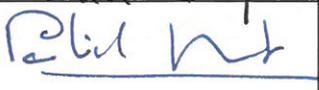
Article 4 -Dépôt et demande d'extension

Le présent avenant sera notifié aux organisations syndicales représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du Ministre chargé du travail, dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension accélérée du présent avenant auprès du Ministère compétent en application des dispositions prévues réglementairement.

UP
UP
UP
CA

Fait à Paris, le :

POUR LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES :	
La Fédération de la Formation Professionnelle - FFP,	
Le Syndicat National des Organismes de Formation SYNOFDES	
POUR LES ORGANISATIONS SYNDICALES :	
La Fédération de la Formation et de l'Enseignement Privés CFDT - FEP - CFDT,	 Abelgond
Le Syndicat National des Personnels de l'Enseignement et de la Formation Privés CGT - SNPEFP-CGT,	 William Perenns
Le Syndicat national de l'enseignement privé laïque CFTC - SNEPL-CFTC,	 Albina DESCIÈS
Le Syndicat National de l'Education Permanente, de la formation, de l'Animation, de l'hébergement, du sport et du Tourisme FO - SNEPAT-FO,	 Yann Poyeh
Le syndicat Formation & Développement CFE-CGC - F&D CFE-CGC,	 r. Bonnah.

Avenant 15 octobre 2019 à l'accord du 19 novembre 2015



 WP
 CH

Annexe

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1er janvier 2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des 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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

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

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

€ : euros

Ss : Sécurité sociale

HOSPITALISATION		
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	TM + 120% BR	TM + 120% BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires :		
Actes de chirurgie	Adhérents DPTM : TM + 100% BR Non adhérents DPTM : TM + 80% BR	TM + 150% BR TM + 100% BR
Actes d'anesthésie		
Actes techniques médicaux		
Autres honoraires		
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

TRANSPORT		
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2
Transport remboursé par la Ss	TM	TM

Avenant 15 octobre 2019 à l'accord du 19 novembre 2015

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials like 'UP', 'M', 'UP', and 'CH'.

SOINS COURANTS			
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2
Honoraires médicaux			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM:	TM	TM
	Non adhérents DPTM:	TM	TM
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM:	TM + 100% BR	TM + 150% BR
	Non adhérents DPTM:	TM + 80% BR	TM + 100% BR
Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	Adhérents DPTM:	TM	TM
	Non adhérents DPTM:	TM	TM
Actes d'imagerie médicale Actes d'échographie	Adhérents DPTM:	TM	TM
	Non adhérents DPTM:	TM	TM
Sages-femmes		TM	TM
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Ss)		TM	TM
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Ss		TM	TM
Médicaments			
Médicaments remboursés Ss		TM	TM
Pharmacie (hors médicaments)			
Pharmacie hors médicaments, remboursée Ss		TM	TM
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés Ss (hors auditifs et dentaires et optiques)		TM	TM
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

AUTRES ACTES			
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2
Cures thermales remboursées Ss			
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport		TM	TM
Honoraires		TM	TM
Actes de prévention remboursés par la Ss et définis par la réglementation		TM	TM

MEDECINE DOUCE			
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2
Osteopathie, Chiropractie, Acupuncture (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		30 € / séance (max 3 / année civile)	40 € / séance (max 4 / année civile)

PRESTATIONS AU TITRE DU DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE (art. 9 de l'accord du 19 novembre 2015 ^(*))			
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2
Financement, pendant une période de 1 an – au titre du degré élevé de solidarité – de 100 % de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.			

(*) Prestation non contributive, versée dans la limite du fonds DES disponible

Handwritten notes in blue ink:

10
 ~ WP
 WP
 CH

AIDES AUDITIVES		
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées Ss		
Aides auditives	TM	TM
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)	TM	TM
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**)		
Aides auditives personnes >= 20 ans	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV (***)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV (***)
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****)		
Aides auditives personnes >= 20 ans	TM (***)	TM (***)
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^{ème} après correction)	TM (***)	TM (***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Ss (*)	TM	TM

(*) 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. Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) 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 € / aide auditive, remboursement Sécurité sociale inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

DENTAIRE		
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	TM	TM
Prothèses		
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des HLF (****)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des HLF (****)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	TM + 20% BR dans la limite des HLF (****)	TM + 20% BR dans la limite des HLF (****)
Inlay core	TM + 50% BR dans la limite des HLF (****)	TM + 50% BR dans la limite des HLF (****)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	TM + 100% BR dans la limite des HLF (****)	TM + 175% BR dans la limite des HLF (****)
Panier libre (***)		
Inlay, onlay	TM + 20% BR	TM + 20% BR
Inlay core	TM + 50% BR	TM + 50% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	TM + 100% BR	TM + 175% BR
Autres actes dentaires		
Orthodontie remboursée Ss	TM + 25% BR	TM + 25% BR
Implants dentaires (hors pilier, hors scanner)	200 € / année civile	200 € / année civile
Parodontologie remboursée Ss	TM	TM
Parodontologie non remboursée Ss	60€ / année civile	60€ / année civile

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

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

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

(****) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

Avenant 15 octobre 2019 à l'accord du 19 novembre 2015

UP N
UP
GH

OPTIQUE		
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2
Equipements 100 % Santé ^(*)		
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)		
Equipements libres ^(***)		
Equipement simple (monture + 2 verres simples de classe B) (**)	100 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement complexe (monture + 2 verres complexes de classe B) (**)	200 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement mixte (monture avec un verre simple de classe B + un verre complexe de classe B) (**)	150 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou 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	TM dans la limite des PLV (****)	TM dans la limite des PLV (****)
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	TM dans la limite des PLV (****)	TM dans la limite des PLV (****)
Supplément pour verres avec filtres de classe B	TM dans la limite des PLV (****)	TM dans la limite des PLV (****)
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antipetits / verres isométriques)	TM	TM
Autres prestations		
Lentilles acceptées par la Ss	TM + 60 € / année civile (*****)	TM + 60 € / année civile (*****)
Lentilles refusées par la Ss	60 € / année civile (*****)	60 € / année civile (*****)
Chirurgie réfractive de l'œil (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 € / œil / année civile	200 € / œil / année civile

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A (hors remboursement Ss), pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A (hors remboursement Ss), pour les verres de classe B.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Avenant 15 octobre 2019 à l'accord du 19 novembre 2015

UD

WP
WP
CH

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératoplasties évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive)

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique) ;

- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires).

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;

- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

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

Le remboursement de la monture est compris dans le remboursement de l'équipement optique et est limité à 100€ y compris le remboursement de la Ss. Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation des contrats responsables (dont celui de 100€ pour la monture) tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A (hors remboursement Ss), pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A (hors remboursement Ss), pour les verres de classe B.

(****) Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(*****) Le crédit de 60 € par année civile s'apprécie au global pour les lentilles acceptées et refusées par la Ss (et non séparément).

Grille optique « équipement de classe B »

VERRES UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Qualification par verre
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Complexe
		SPH > 0 et S > + 8	Complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Complexe

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Avenant 15 octobre 2019 à l'accord du 19 novembre 2015

Handwritten notes in blue ink:

- Top right: "10"
- Middle right: "UP m"
- Bottom right: "UP" and "AT" (partially visible)
- Bottom center: "N"