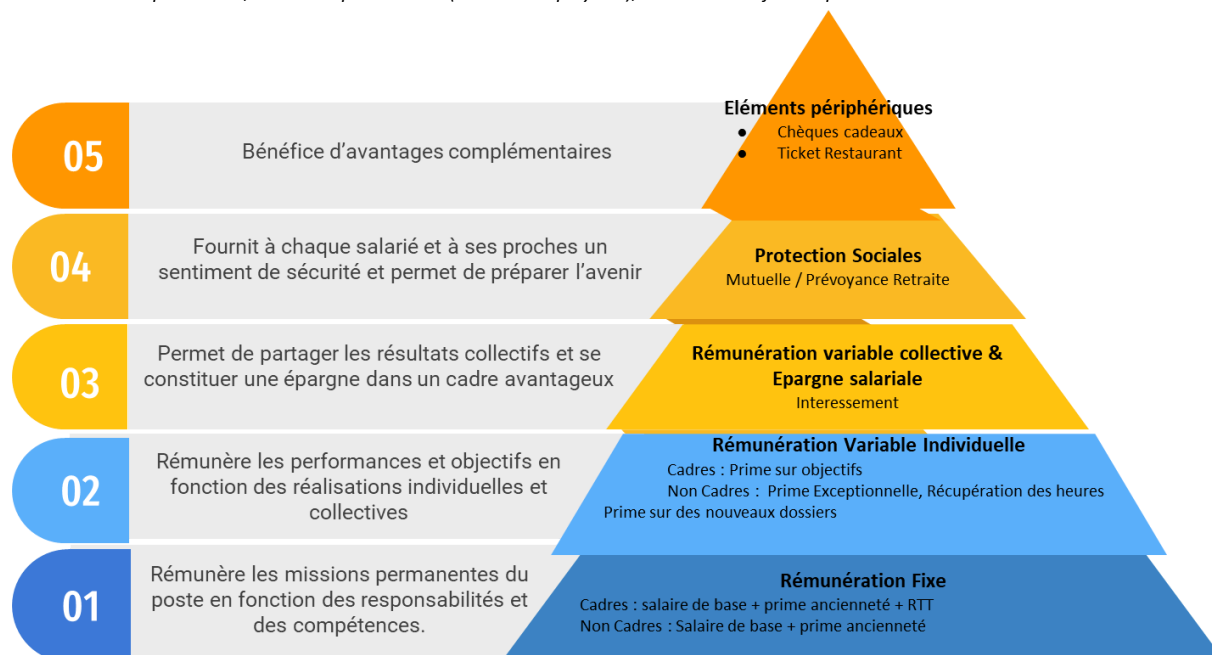


Politique Interne des relations au travail et rémunérations

Fic Expertise 2026

Le salaire n'est qu'un élément de la politique de rémunération globale qui n'est elle-même qu'un élément de notre politique sociale. Pour FIC-Expertise, il s'agit de la pierre angulaire du projet fondé en 1967. Chacun doit trouver sa place, prendre sa place et faire évoluer sa place. Nous avons à cœur de permettre, dans le respect mutuel (salarié-employeur), de trouver un juste équilibre.



Temps de travail :



Non Cadre :

Le temps de travail est annualisé (1er sept- 31 août) en équivalent 35 heures.

Les heures sont saisies mensuellement. Pour rappel, le temps de travail effectif exclut les pauses cafés et le temps du déjeuner.

Le temps de déplacement est considéré comme du temps de travail avec un coefficient de 50%. A savoir qu'une heure de déplacement compte pour ½ heure de temps travail effectif. La saisie des temps devra être faite au réel des heures, le pourcentage sera appliqué dans le calcul du temps de travail avec l'activité déplacement.

Les récupérations doivent être prises avant le 31 août de chaque année, elles sont implémentées chaque mois après validation du manager des temps effectifs

Le lundi de Pentecôte n'est pas travaillé au sein de FICE, mais les non cadres doivent cette journée en compensation.

Sur la base du volontariat, les non-cadres qui souhaiteraient passer à 39h soit sur l'année complète soit sur une période de l'année ou du mois, peuvent le mettre en place en accord avec leur responsable. Cela



contact@fic-expertise.fr • 02 99 57 99 10 • www.fic-expertise.fr
 ANGERS - ARRAS - LILLE - LYON - PARIS - RENNES - COTONOU (BÉNIN)

Société d'Expertise Comptable et Commissariat aux Comptes Inscrite
 au Tableau de l'Ordre à Rennes et à la CRCC de Rennes
 S.A.S au capital de 122 670 € - RCS RENNES : n°442 429 155 - Code APE : 6920Z
 Siège social : 49 Rue Blaise Pascal - CS 57205 - 35172 BRUZ



concerne tous les services y compris les apprentis. Les heures au-delà de 35 heures seront majorées de 10%.

Cadre

fic Les cadres ont un forfait jour de 218 jours avec 10 jours de RTT annuels. Les RTT sont acquis mensuellement et doivent être pris avant le 31 août de chaque année

Le forfait jour est en journées complètes compensées par les RTT.

Le cadre est autonome dans sa planification, son organisation individuelle ne pourra donner lieu à des jours de récupération complémentaires.

L'ensemble des cadres ont une rémunération variable à hauteur de 5% sur des critères individuels (entre 2 et 4 critères)

Congés

fic Les salariés de Fic Expertise ont le droit à 5 semaines de congés annuels. Ces congés sont acquis mensuellement.

Une journée de congé complémentaire sera acquise tous les 3 ans d'ancienneté dans la limite d'une semaine complémentaire. Les salariés bénéficiant déjà de 6 semaines (Ex-Aplon) de congés sont exclus du dispositif.

La prise de congés par anticipation est possible

La pose de congés est possible par demi-journée

Le cabinet est fermé du 1er au 15 août chaque année, il est demandé de prendre un minimum de 3 semaines sur la période estivale (1er juillet - 31 août) et un maximum de 5 semaines.

Un minimum de 5 jours (Congés, RTT, Récup) devra être posé avant le 31 mars de chaque année.

Pour faciliter la planification, les congés annuels doivent être posés avant le 30 septembre afin d'établir un prévisionnel. Il sera toujours possible de les modifier par la suite, mais cela permettra d'anticiper les plannings d'absence.

Horaires

Les collaborateurs prennent leur poste de travail au plus tard à 9h30.

Ils peuvent quitter leur poste au plus tôt à 16h30.

Les absences exceptionnelles pour une durée maximum de 2 heures sont acceptées à la condition d'informer son manager et son équipe.

Télétravail

fic Le recours au télétravail est possible dans la limite de 40 jours par an pour un temps plein. Il est soumis à l'approbation du manager direct via Lucca au minimum la veille.

Des accords individuels pourront être étudiés sur demande pour aller au-delà.



Ce compteur est ouvert pour chaque collaborateur, hors période d'essai et hors première année d'alternance. Pour la deuxième année d'alternance chez FICE, le compteur sera limité à 20 jours.

Le recours au télétravail est subordonné à rester joignable par téléphone et ou visio **sur exactement la même tranche horaire**.

Les journées télétravaillées ne donneront pas lieu à une compensation financière.

Protection Sociale :

Mutuelle



La mutuelle s'élève à 54,95€ par mois, et est prise en charge à hauteur de 50% par l'employeur.

L'adhésion du conjoint et/ou des enfants est facultative et à la charge du salarié

Prévoyance

Un contrat de prévoyance est mis en place. La cotisation est prise en charge à 90% par FICE et 10% par le salarié. Pour les arrêts maladie, la prévoyance intervient à partir du 31e jour selon les conditions conventionnelles.

Enfants Malades

Chaque collaborateur a le droit à 2 jours rémunérés pour "enfant malade" par an et par enfant. Un justificatif médical est à fournir. La période de référence est du 1er septembre au 31 août. En cas d'arrivée en cours d'année, aucun prorata n'est appliqué.

Politique Salariale

Poste de référence

Ajustement des coefficients selon la convention collective

Ancienneté

La prime d'ancienneté est calculée sans plafond par rapport au nombre d'années de présence (alors que la convention collective plafonne à 15 ans)



Intéressement

Un contrat d'intéressement est en place qui court jusqu'à la clôture du 30 juin 2025.

Il s'agit d'une répartition de la marge brute (5 à 15%) en fonction de la croissance et du taux de perte de dossier. Un plancher et un plafond sont prévus, mais l'objectif budgétaire demeure de représenter un complément de salaire de l'ordre d'un mois de salaire.

Ticket Restaurant

Les chèques déjeuner seront mis en place pour l'ensemble des jours travaillés.

Le montant journalier sera de 7€ pris en charge à 50% par FICE.



Complément de rémunération

Apport de dossiers : les lettres de missions signées apportées par un collaborateur donnent lieu à une prime de 20% des honoraires récurrents de la première année (comptables ou sociales). Les missions exceptionnelles, les élargissements de périmètre sont exclus de ce dispositif.

Nuitée : Tous déplacements à partir de 3 nuitées consécutives donneront lieu à une indemnité de 40€ par nuitée en France Métropolitaine.

Cooptation : Tout embauche initiée par la relation d'un collaborateur donnera lieu à une prime de cooptation de 2 000€.

Frais examens : l'obtention d'un examen donnera lieu au remboursement des frais attachés dans la limite de 250€ par diplôme.

Réunion Client Physique : L'animation de réunion client en physique qui démarre après 18h30 donneront lieu à une prime de 50€ Brut par réunion. De même les réunions chez des clients à plus d'une heure trente de temps de trajet qui occasionnent un retour au bureau après 20h donneront lieu au versement de la prime de réunion.

Fidélité : Une prime "anniversaire" d'un demi mois de salaire sera versée à **chaque fin de période quinquennale** d'ancienneté. Le point de départ demeure la date d'embauche.

Le CSE a un budget d'œuvres sociales et de fonctionnement.



Gestion des Ressources Humaines

Entretiens

Intermédiaire : Un entretien aura lieu avec le manager sur la période décembre- janvier.

Annuel : L'entretien annuel aura lieu avec 2 personnes dont le manager. Le questionnaire préalable prévoira un retour à double sens.



Investissement Sociétal

Inscrit dans notre culture d'entreprise, Fic Expertise organise pour ceux qui le désirent des missions humanitaires pour nos clients à l'étranger. L'ensemble de la mission est financée par Fice, le temps de la mission est pris sur les congés, récupération, RTT du salarié.

Notre bilan carbone est converti en Tecks plantés au Nord Togo dans la ville d'Ogaro par un partenariat avec un établissement du réseau Mennaisien. Aujourd'hui, 7 000 arbres ont été plantés.



contact@fic-expertise.fr • 02 99 57 99 10 • www.fic-expertise.fr
ANGERS - ARRAS - LILLE - LYON - PARIS - RENNES - COTONOU (BÉNIN)

Société d'Expertise Comptable et Commissariat aux Comptes Inscrite
au Tableau de l'Ordre à Rennes et à la CRCC de Rennes
S.A.S au capital de 122 670 € - RCS RENNES : n°442 429 155 - Code APE : 6920Z
Siège social : 49 Rue Blaise Pascal - CS 57205 - 35172 BRUZ



Annexe : Garanties Mutuelle

Garanties Hospitalisation

Nature des frais engagés		LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Hospitalisation (i)	Forfait journalier	100% des frais réels
	Frais de séjour pour hospitalisation chirurgicale	300% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Frais de séjour pour hospitalisation médicale	300% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Chambre particulière y compris maternité (par jour)	100% des Frais Réels, limités à 100 Euros
	Lit d'accompagnant (par jour) (enfant de moins de 16 ans)	100% des Frais Réels, limités à 45 Euros
	TRANSPORT MEDICAL	160% du remboursement de la Sécurité Sociale
	FORFAIT PATIENT URGENCES (FPU)	100% des frais réels
Honoraires ¹		
Honoraires médicaux (hors chirurgien-dentiste)	Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200% du remboursement de la Sécurité Sociale
Honoraires paramédicaux Forfait sur actes dits <<lourds>>	Voir garantie <<SOINS COURANTS>> 100% des frais réels	

¹ Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.



Soins Courants

Honoraires médicaux		
Nature des frais engagés		LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste	Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200% du remboursement de la Sécurité Sociale
Consultations et visites médicales par un médecin spécialiste	Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200% du remboursement de la Sécurité Sociale
Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin	Chirurgien-dentiste	Voir garanties "Soins dentaires"
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)	Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Chirurgien-dentiste	Voir garanties "Soins dentaires"
Actes d'imagerie (ADI) - Actes d'échographie (ADE)	Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200% du remboursement de la Sécurité Sociale
	Chirurgien-dentiste	Voir garanties "Soins dentaires"



Autres Soins Courants

Nature des frais engagés		LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Séances d'accompagnement psychologiques, remboursées par la sécurité sociale		100% du Ticket Modérateur
Honoraires Paramédicaux	Actes remboursés par la sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	200% du remboursement de la Sécurité Sociale
Analyses et Examens de laboratoire y compris actes de prélèvements	300% du remboursement de la Sécurité Sociale	200% du remboursement de la Sécurité Sociale
Médicaments	Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur
	Médicaments et préparations magistrales non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée ou, concernant les vaccins, à condition qu'ils aient été administrés dans les conditions fixées par l'article L5125-1-1 A du Code de la Santé Publique)	
Matériel Médical	Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	300 % du remboursement de la Sécurité sociale
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)		50 Euros



Garanties DENTAIRE

*Dans la limite de 4 500 Euros, par an et par bénéficiaire, au titre des « PROTHÈSES » (***) et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER "RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ" et du PANIER "TARIF LIBRE"*

Soins		
Nature des frais engagés		LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)	Réalisés par un chirurgien-dentiste	200 % du remboursement de la Sécurité sociale
	Réalisés par un stomatologue: Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	Voir les garanties de spécialistes en "SOINS COURANTS"
Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale PANIER "RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ" (2)	Réalisés par un chirurgien-dentiste	200 % du remboursement de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
	Réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	Voir les garanties de spécialistes en "SOINS COURANTS"
PANIER "TARIF LIBRE"	Réalisés par un chirurgien-dentiste	200 % du remboursement de la Sécurité sociale
	Réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	Voir les garanties de spécialistes en "SOINS COURANTS"



Nature des frais engagés		LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Actes de parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	Réalisés par un chirurgien-dentiste	200 % du remboursement de la Sécurité sociale
	Réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Voir les garanties de spécialistes en "SOINS COURANTS"
	Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*)	
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ (2)	Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations des prestations de la Sécurité Sociale
PROTHÈSES		
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale	PANIER "RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ" (2)	375 % du remboursement de la Sécurité sociale, limité aux HLF sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
	PANIER "TARIF LIBRE"	270 % du remboursement de la Sécurité sociale
Inlay-core remboursé par la Sécurité sociale	PANIER "RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ" (2)	375 % du remboursement de la Sécurité sociale, limité aux HLF sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
	PANIER "TARIF LIBRE"	270 % du remboursement de la Sécurité sociale
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale		200 % du remboursement de la Sécurité sociale
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	375 % du remboursement de la Sécurité sociale



Nature des frais engagés		LIMITES DE REMBOURSEMENTS
SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale (par an / bénéficiaire)	400 Euros
	Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale (par dent, dans la limite annuelle par bénéficiaire de 3 fois le montant prévu pour une dent implantée)	500 Euros
	Actes de parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	250 Euros
	Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	300 % du remboursement de la Sécurité sociale de la base du remboursement Sécurité sociale reconstituée



Garanties OPTIQUE

Limité à l'acquisition d'un équipement (deux verres et une monture), par période de deux ans (ou exceptions réglementaires, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue).

Nature des frais engagés		LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Équipements 100 % Santé (2)	Monture + Verres de Classe A	100 % des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale, limités aux Prix Limites de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale (dont 30 € max pour la monture)
	Frais d'adaptation + suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans	100 % des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale, limités aux Prix Limites de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
Équipements optique de Classe B	Monture de Classe B	100 Euros sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
	Verres de Classe B, frais d'adaptation + suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans et autres suppléments	cf. grille optique ci-après / 100 % du Ticket Modérateur
Lentilles de contact(****)	Lentilles de contact, y compris jetables, remboursées par la Sécurité sociale (/an/bénéficiaire)	200 Euros
	Lentilles de contact, y compris jetables, non prises en charge par la Sécurité sociale (/an/bénéficiaire)	180 Euros
	Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil et par bénéficiaire)	600 Euros



AIDES AUDITIVES

Dans la limite de l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans par oreille.

Nature des frais engagés		Limite de remboursements
Équipements 100 % Santé (2) (dits de Classe I)		100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limités aux PLV
Appareil de Classe II (ii)	Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient	1 400 Euros
	Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	950 Euros
Consommables, piles ou accessoires pris en charge par la Sécurité sociale		100 % du Ticket Modérateur

Autres POSTES DE SOINS

Nature des frais engagés	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, dans la limite de 200 euros
Médecines douces, naturelles ou alternatives non prises en charge par la Sécurité sociale	
(Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Micronutrition, Hypnose, Etiopathie, Homéopathie, Kinésiologie, Réflexologie, Sophrologie, Naturopathie, Pédicurie-Podologie, Psychomotricité, Psychologie, Diététique)	50 euros par séance, dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste
Garanties Annexes - Tiers payant	
Assistance santé / Assistance téléconsultation / Second avis médical	Garanties accordées (cf. documents joints)



Légendes et sigles

- FR : Frais réels
- FR-SS : Frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
- RBSS : Remboursement de la Sécurité sociale
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale correspondant à la date des soins
- TM : Ticket modérateur (différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la Sécurité sociale)
- BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
- HLF : Honoraires Limites de Facturation
- PLV : Prix Limite de Vente

Notes importantes :

(i)

Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la compagnie.

Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans la limite des remboursements définis ci-dessus.

Les séjours en psychiatrie, sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérarium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, et affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

(ii)

Les garanties s'entendent dans la limite de 1700 euros TTC par oreille (prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire et Ticket Modérateur compris) et selon les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.



contact@fic-expertise.fr • 02 99 57 99 10 • www.fic-expertise.fr
ANGERS - ARRAS - LILLE - LYON - PARIS - RENNES - COTONOU (BÉNIN)

Société d'Expertise Comptable et Commissariat aux Comptes Inscrite
au Tableau de l'Ordre à Rennes et à la CRCC de Rennes
S.A.S au capital de 122 670 € - RCS RENNES : n°442 429 155 - Code APE : 6920Z
Siège social : 49 Rue Blaise Pascal - CS 57205 - 35172 BRUZ



(*)

Pour les assurés relevant du régime Alsace/Moselle ou autres régimes spéciaux, et/ou atteints d'une affection de longue durée ainsi que pour les femmes enceintes, lorsque les limites de remboursement s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale, il est précisé que le niveau de remboursement est limité au Ticket Modérateur + 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(**)

Si une ou plusieurs garanties sont prévues au poste « Soins et équipements non pris en charge par la Sécurité sociale », les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par la Compagnie.

(***)

Lorsqu'un plafond dentaire est prévu, sont concernés par l'application de ce plafond : la Prothèse dentaire, l'Inlay-Core et l'Implantologie, tous trois remboursés par la Sécurité sociale. Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements postérieurs s'effectueraient sur la base du Ticket Modérateur + 25 % de la Base du Remboursement Sécurité sociale.

(****)

Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100 % du Ticket modérateur.

(1) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

(2) Tels que définis réglementairement.



contact@fic-expertise.fr • 02 99 57 99 10 • www.fic-expertise.fr
ANGERS - ARRAS - LILLE - LYON - PARIS - RENNES - COTONOU (BÉNIN)

Société d'Expertise Comptable et Commissariat aux Comptes Inscrite
au Tableau de l'Ordre à Rennes et à la CRCC de Rennes
S.A.S au capital de 122 670 € - RCS RENNES : n°442 429 155 - Code APE : 6920Z
Siège social : 49 Rue Blaise Pascal - CS 57205 - 35172 BRUZ



Grille OPTIQUE :

Les prestations sont exprimées en euros et par verre.

Est également prévue la prise en charge à hauteur des dépenses réelles, sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, limité au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire de la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et du supplément applicable pour les verres avec filtre dans les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Types de verres	Limite de remboursement (remboursement de sécurité sociale inclus)
MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE : VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUES	
Sphère de -6,00 à +6,00 dioptries	100 Euros
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	
ASTIGMATISME : VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES – SPHÈRE ≤ 0 (CAS DE MYOPIE)	
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries, sphère de -6,00 à 0 dioptries	110 Euros
Cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries, sphère inférieure à -6,00 dioptries	
Cylindre supérieur à +4,00 dioptries, sphère de -6,00 à 0 dioptries	
ASTIGMATISME : VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES – SPHÈRE > 0 (CAS D’HYPERMÉTROPIE)	
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +6,00 dioptries	110 Euros
Somme sphère + cylindre supérieure à +6,00 dioptries	
PRESBYTIE : VERRES MULTIFOCaux OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES	
Sphère de -4,00 à +4,00 dioptries	185 Euros
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	



Types de verres	Limite de remboursement (remboursement de sécurité sociale inclus)
PRESBYTIE ET ASTIGMATISME : VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS, SPHÉRO-CYLINDRIQUES – SPHÈRE ≤ 0 (CAS DE MYOPIE)	
Quelle que soit la puissance du cylindre :	
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries, sphère de -8,00 à 0 dioptries Cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries, sphère inférieure à -8,00 dioptries Cylindre supérieur à +4,00 dioptries, sphère de -8,00 à 0 dioptries	185 Euros
PRESBYTIE ET ASTIGMATISME : Verres multifocaux ou progressifs, sphéro-cylindriques – sphère > 0 (cas d'hypermétropie)	
Quelle que soit la puissance du cylindre :	
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +8,00 dioptries Somme sphère + cylindre supérieure à +8,00 dioptries	250 Euros

