

Régime Frais de Santé des retraités Safran

LETTRE D'INFORMATION ANNUELLE

Madame, Monsieur,

Vous bénéficiez, en tant que retraité(e), de la couverture Frais de santé mise en place au sein de Safran. La commission de suivi de votre régime, qui s'est réunie le 23 novembre 2021, a souhaité porter à votre connaissance les informations suivantes :

Cotisations 2022

En raison d'un fort report des soins sur 2021, ainsi que des effets du 100% santé sur les soins optique, dentaire et audioprothèses, les comptes prévisionnels 2021 globaux sont déséquilibrés, et notamment sur les garanties Convention et Safran Santé.

Les cotisations ont donc été augmentées à effet du 1^{er} janvier 2022.

Par ailleurs, compte tenu du solde des réserves des régimes antérieurs, l'allègement de 1 € est reconduit en 2022.

Cotisations mensuelles 2022

Par adulte et par mois

Régime général	Convention Santé	Safran Santé	Ma Santé Safran*	Ma Santé Safran +
Cotisation 2022	83,82 €	123,68 €	151,61 €	165,08 €
Allègement mensuel	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
A la charge du retraité	82,82 €	122,68 €	150,61 €	164,08 €

Régime Alsace Moselle	Convention Santé	Safran Santé	Ma Santé Safran*	Ma Safran Santé +
Cotisation 2021	55,52 €	101,72 €	124,49 €	139,35 €
Allègement mensuel	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
A la charge du retraité	54,52 €	100,72 €	123,49 €	138,35 €

*Ce régime a bénéficié d'une amélioration de certaines garanties, justifiant en partie de la hausse de sa cotisation.

IMPORTANT: une erreur s'était glissée dans les tarifs communiqués précédemment et les appels de cotisations de janvier 2022 ont été erronés. Un léger ajustement de vos cotisations sera effectué pour le mois de février 2022, détaillé sur le nouvel échéancier joint. Nous sommes désolés pour cette erreur et nous vous remercions pour votre compréhension.

Garanties 2022

Compte tenu des résultats des contrats Frais de santé des actifs, la commission de suivi de Safran a fait le choix de modifier le régime de base Ma Prévoyance Santé en y incorporant des garanties de la surcomplémentaire Ma Prévoyance Santé +, impactant de manière similaire les régimes Ma Safran Santé et Ma Safran Santé + des retraités. Les garanties améliorées pour Ma Santé Safran concernent la chambre particulière en cas d'hospitalisation, le dentaire (prothèses fixes) et l'optique. Les autres garanties restent inchangées.

Vous en trouverez le détail dans les tableaux de garanties en annexe.

Enfin, les prestations exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) restent stables car le montant du PMSS demeure inchangé en 2022.

Fonds de solidarité intergénérationnelle

Le fonds de solidarité permet d'alléger les cotisations des retraités Safran qui en font la demande, en fonction de leurs ressources financières.

Les critères (revenus de référence) redéfinis en 2020 demeurent inchangés. En revanche, les niveaux d'intervention ont été revus à la hausse lors de la commission paritaire.

Pour savoir si vous bénéficiez du fonds de solidarité intergénérationnelle, adressez une copie de votre avis d'imposition 2021 (sur les revenus de l'année 2020) à votre mutuelle gestionnaire.

Critères et montant mensuel d'intervention du fonds de solidarité par personne bénéficiaire :

Revenu de référence annuel : net fiscal		Allègements mensuels de cotisation 2022		
Retraité seul	Retraité en couple	Allègement spécifique	Allègement du fonds de solidarité	Allègement total
Supérieurs à 30 000 €	Supérieurs à 43 000 €	1 €	-	1 €
26 000 à 30 000€	37 000 à 43 000€	1 €	15 €	16 €
20 000 à 26 000 €	28 000 à 37 000 €	1 €	22 €	23 €
Inférieurs à 20 000 €	Inférieurs à 28 000 €	1 €	30 €	31 €

Autres informations sur le régime d'accueil

La population assurée au sein du régime d'accueil Safran reste relativement stable.

Au 31 août 2021, 14 896 retraités sont adhérents au régime d'accueil, pour un total de **22 769 bénéficiaires**.

Communication des taux de redistribution

Dans le cadre du contrat responsable, chaque souscripteur doit désormais être informé annuellement des taux de redistribution pratiqués par l'organisme assureur sur leur contrat.

Il s'agit :

- du ratio Prestations sur cotisations (rentabilité technique),
- et des Frais de gestion et de leur composition.

Ces taux doivent être accompagnés de mentions obligatoires.

Ainsi en application de nos obligations légales et réglementaires, veuillez trouver ci-après ces informations au titre de l'année 2020 (le compte 2021 étant prévisionnel.)

→ **Le ratio entre les frais de gestion et le montant des cotisations hors taxes :**

FRAIS DE GESTION = 12% de la cotisation santé pour le régime général
14% de la cotisation santé pour le régime Alsace Moselle

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

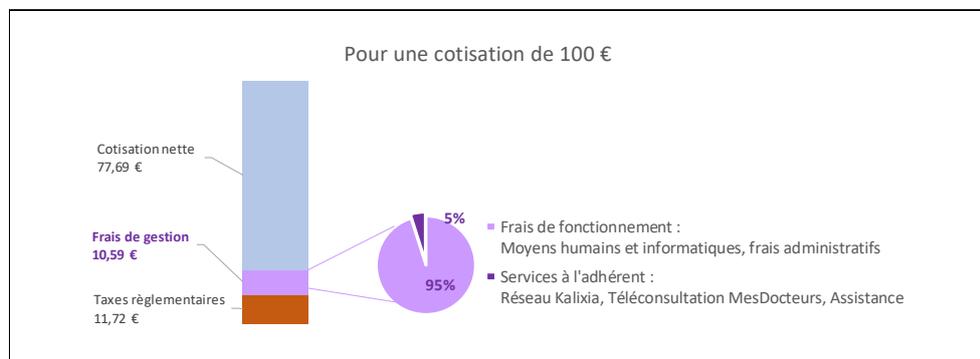
Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers-payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

→ **Le ratio entre le montant des prestations (P) et le montant des cotisations (C) hors taxes :**

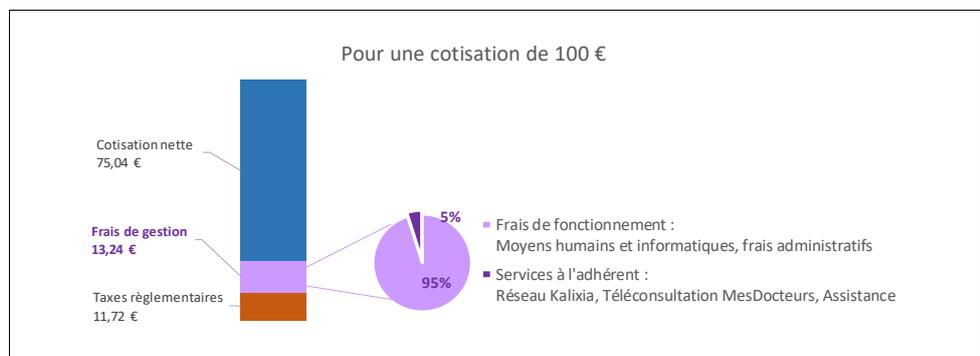
P/C = 98,65% pour l'ensemble des régimes d'accueil SAFRAN

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **et le montant des cotisations ou primes afférentes** à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Régime Général



Régime Alsace Moselle



A compter du 1^{er} janvier 2022, vous bénéficierez d'un nouveau service appelé Visible Patient.

Cette entreprise est le 1^{er} laboratoire en ligne qui modélise les organes à partir d'un SCANNER ou d'une IRM pour les rendre visibles en 3D.

« Visible Patient » offre à votre médecin/chirurgien une solution connectée unique de modélisation 3D de structures anatomiques et pathologiques d'un patient visibles à partir de ses images médicales télétransmises.

Il permet de visualiser et de planifier une thérapie optimale adaptée à l'anatomie propre au patient.

Le salarié et/ou chirurgien peut faire appel à ce service dans les cas suivants :

- dans le cadre de chirurgies digestives, thoraciques, urologiques et/ou pédiatriques ;
- dans les cas de cancers pour visualiser la/les tumeur(s).

(3 analyses par an et par bénéficiaire maximum)

Vous avez une pathologie lourde avec une opération chirurgicale prévue, parlez-en à votre chirurgien.

Vous pouvez également vous rendre directement sur le site : www.visiblepatient.com

Pour tout renseignement complémentaire,
N'hésitez pas à contacter vos interlocuteurs habituels :

	HARMONIE MUTUELLE TSA 30154 31 151 FENOUILLET CEDEX
	0 980 980 109

Vous pouvez également consulter le site www.maprevoyancebysafran.fr
(avec le code SAFRANPREV09),
rubrique « Espace Retraités ».



GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Régime retraité
Au 1^{er} janvier 2022

	CONVENTION SAFRAN	SAFRAN SANTÉ	MA SANTÉ SAFRAN	MA SANTÉ SAFRAN +	MES GARANTIES TOTALES
		Contrat d'assurance n° 09.07.057	Régime Frais de santé de référence des actifs	Régime sur-complémentaire facultatif des actifs	Somme des deux régimes des actifs, en cas d'adhésion à la sur-complémentaire facultative
				Contrat d'assurance n° 09.07.057 SC/NR	
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ)					
Honoraires en secteur conventionné	signataires OPTAM	TM	TM + 380% BR	100% BR	TM + 480% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 100% BR	380% BR	TM + 480% BR
Frais de séjour ⁽¹⁾	en établissement conventionné	TM	TM + 380% BR	100% BR	TM + 480% BR
	en établissement non conventionné	TM	TM + 100% BR	-	TM + 100% BR
Chambre particulière (y compris maternité) ⁽²⁾		50€/jour	3% PMSS/jour	1% PMSS/jour	5% PMSS/jour
Lit d'accompagnant: enfant couvert par le contrat		25€/jour	3% PMSS/jour	-	3% PMSS/jour
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100% FR	100% FR	-	100% FR



SOINS COURANTS

CONVENTION SAFRAN**SAFRAN SANTÉ****MA SANTÉ SAFRAN****MA SANTÉ SAFRAN +****MES GARANTIES TOTALES**

Honoraires médicaux et paramédicaux

Généralistes: consultations et visites	signataires OPTAM	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	40% BR	TM + 160% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 50% BR	TM + 100% BR	60% BR	TM + 160% BR
Spécialistes: consultations et visites	signataires OPTAM	TM	TM + 120% BR	TM + 125% BR	100% BR	TM + 225% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	125% BR	TM + 225% BR
Petite chirurgie & actes techniques médicaux	signataires OPTAM	TM	TM + 120% BR	TM + 120% BR	100% BR	TM + 220% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	70% BR	TM + 170% BR
Kinésithérapeutes*		TM	TM + 60% BR	TM + 65% BR	-	TM + 65% BR
Auxiliaires Médicaux (hors kinésithérapeutes)		TM	TM + 60% BR	TM + 60% BR	-	TM + 60% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale		TM	TM + 265% BR	TM + 265% BR	-	TM + 265% BR
Imagerie médicale	signataires OPTAM	TM	TM + 70% BR	TM + 70% BR	100% BR	TM + 170% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 50% BR	TM + 50% BR	120% BR	TM + 170% BR

Analyses

Analyses et examens de laboratoire	TM	TM + 60% BR	TM + 60% BR	-	TM + 60% BR
------------------------------------	----	-------------	-------------	---	-------------

Pharmacie

Médicaments prescrits	TM	TM	TM	-	TM
-----------------------	----	----	----	---	----

Matériel médical

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale, y compris semelles orthopédiques	TM + forfait 80€	TM + 460% BR/prothèse (limité à 1 PMSS/prothèse/an)	TM + 460% BR/prothèse (limité à 1 PMSS/prothèse/an)	200% BR/prothèse	TM + 660% BR/prothèse (limité à 1 PMSS/prothèse/an)
Véhicule pour personne handicapée physique	TM + forfait 80€	TM + 460% BR/véhicule (limité à 1 PMSS/véhicule/an)	TM + 460% BR/véhicule (limité à 1 PMSS/véhicule/an)	200% BR/véhicule	TM + 660% BR/véhicule (limité à 1 PMSS/véhicule/an)



DENTAIRE

Soins et prothèses 100% Santé⁽³⁾

prise en charge intégrale

Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres

Soins

Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	TM	TM + 70% BR	TM + 70% BR	50% BR	TM + 120% BR
Soins dentaires pratiqués par un dentiste qui dispose d'un droit permanent au dépassement	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	50% BR	TM + 170% BR
Stomatologie	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	50% BR	TM + 170% BR

Prothèses

Prothèses dentaires fixes jusqu'à la 1 ^{re} prémolaire incluse (dents 14-24-34-44) prises en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 170% BR	TM + 475,55 BR**	TM + 520% BR**	50% BR**	TM + 570% BR**
Prothèses dentaires fixes à compter de la 2 ^e prémolaire (dents 15-25-35-45) prises en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 170% BR	TM + 475,55 BR**	TM + 520% BR**	50% BR**	TM + 570% BR**
Prothèses amovibles ⁽⁴⁾	TM + 170% BR	TM + 475,55 BR**	TM + 500% BR**	70% BR**	TM + 570% BR**
Inlay Core	TM + 170% BR	TM + 475,55 BR**	TM + 500% BR**	70% BR**	TM + 570% BR**
Inlay-Onlay ("onlays d'obturation")	TM	TM + 90% BR	TM + 200% BR	50% BR	TM + 250% BR
Prothèses transitoires ⁽⁵⁾	TM	500% BR**	500% BR**	-	500% BR**
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	-	350% BR***	530% BR***	70% BR***	600% BR***

Parodontie					
Surfaçage radiculaire (détartrage sous gingival)	-	100% FR limité à 250€/an/bénéficiaire	100% FR limité à 250€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire	100% FR limité à 350€/an/bénéficiaire
Greffe gingivale, greffe osseuse	-	-	-	-	-
Implantologie					
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par la Sécurité sociale	-	650€/dent/an. Prise en charge totale limitée à 2 dents/an****	700€/dent/an. Prise en charge totale limitée à 2 dents/an****	100€/dent/an. Prise en charge totale limitée à 2 dents/an****	800€/dent/an. Prise en charge totale limitée à 2 dents/an****
Infrastructure coronaire (inlay core) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	-	-	-
Couronne sur implant	TM + 170% BR	TM + 475,55% BR**	TM + 500% BR**	70% BR**	TM + 570% BR**
Orthodontie					
Orthodontie prise en charge	100% BR	250% BR	300% BR	100% BR	400% BR
Orthodontie non prise en charge	-	-	100% BR*****	100% BR*****	200% BR*****



OPTIQUE

Plus de 16 ans: Un équipement par période de 2 ans - Un an en cas d'évolution du défaut de vision⁽⁶⁾

Enfants de moins de 16 ans: Un équipement par an, sauf en cas de souscription de Ma Santé Safran +, qui prévoit le remboursement de plus d'un équipement optique par an, sous réserve de justifier d'une évolution du défaut de vision

Équipements 100% Santé⁽³⁾ prise en charge intégrale

Équipements du panier libre

Lunettes					
Monture	100€ si monture seule	100€	100€	50€	150€
Verre blanc simple Sphérique					
Sphère de -6 à +6	-	105€	135€	25€	160€
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	TM + forfait 200€, y compris monture	146€	180€	48€	228€
Hors zone de -10 à +10	-	227€	237€	63€	300€
Verre blanc simple Sphérique-cylindrique					
Cylindre < +4; Sphère de -6 à +6	-	136€	146€	14€	160€
Cylindre < +4; Sphère hors zone de -6 à +6	TM + forfait 200€, y compris monture	209€	219€	81€	300€
Cylindre > +4; Sphère de -6 à +6	-	195€	205€	80€	285€
Cylindre > +4; Sphère hors zone de -6 à +6	-	268€	278€	22€	300€
Verre blanc progressif Sphérique					
De -4 à +4	TM + forfait 200€, y compris monture	220€	260€	90€	350€
Hors zone de -4 à +4	-	300€	310€	190€	500€
Verre blanc progressif Sphéro-cylindrique					
De -8 à +8	TM + forfait 200€, y compris monture	290€	300€	50€	350€
Hors zone de -8 à +8	-	350€	350€	150€	500€
Suppléments et prestations en optique					
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	TM	TM	TM	-	TM
Verres avec filtre	TM	TM	TM	-	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	TM	TM	TM	-	TM
Optique autres					
Lentilles, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	TM + forfait 200€	8% PMSS/an/bénéficiaire	8% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire	10% PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toutes amétropies)	-	25% PMSS/œil	25% PMSS/œil	10% PMSS/œil	35% PMSS/œil

* Les dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes ne sont pas remboursables s'ils sont réalisés sans autorisation de l'Assurance Maladie. ** Le pourcentage de remboursement est indexé sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

*** La base de remboursement (BR) est reconstituée et le pourcentage de remboursement est indexé sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. **** Avec possibilité d'avance sur 4 ans, pour 8 dents, en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical. ***** La base de remboursement (BR) est reconstituée.



AIDES AUDITIVES

Équipements 100% Santé⁽³⁾: à compter du 1^{er} janvier 2021

prise en charge intégrale

Équipements du panier libre

	CONVENTION SAFRAN	SAFRAN SANTÉ	MA SANTÉ SAFRAN	MA SANTÉ SAFRAN +	MES GARANTIES TOTALES
Appareils auditifs pris en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	TM + 175€/oreille tous les 4 ans	100% FR, limité à 1 700€/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans	100% FR, limité à 1 700€/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans	-	100% FR, limité à 1 700€/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans
Piles pour appareil auditif	TM	TM	TM	-	TM



AUTRES PRESTATIONS

Indemnité de naissance ou adoption ⁽⁸⁾	-	10% PMSS	10% PMSS	-	10% PMSS
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale	TM + forfait 150€	TM + 10% PMSS	TM + 10% PMSS	-	TM + 10% PMSS
Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture ⁽⁹⁾	20€/séance (Ostéopathie seulement) (max 3/an/bénéficiaire)	30€/séance (max 4/an/bénéficiaire)	50€/séance (max 5/an/bénéficiaire)	10€/séance (max 5/an/bénéficiaire)	60€/séance (max 5/an/bénéficiaire)
Hypnothérapie, sophrologie, diététicien, réflexologie, naturopathie Sur facture acquittée avec cachet indiquant la spécialité ⁽⁹⁾	-	20€/séance (max 4/an/bénéficiaire)	25€/séance (max 4/an/bénéficiaire)	5€/séance (max 4/an/bénéficiaire)	30€/séance (max 4/an/bénéficiaire)
Pédicure, Podologue ⁽⁹⁾	-	25€/séance (max 3/an/bénéficiaire)	25€/séance (max 3/an/bénéficiaire)	-	25€/séance (max 3/an/bénéficiaire)
Psychologue, psychomotricien, ergothérapeute ⁽⁹⁾	-	20€/séance (max 4/an/bénéficiaire)	50€/séance (max 6/an/bénéficiaire)	50€/séance (max 4/an/bénéficiaire)	50€/séance (max 10/an/bénéficiaire)
Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18 et 21 (appelé DPNI ou DPANI): Sur prescription médicale	-	390€/an/bénéficiaire	390€/an/bénéficiaire	-	390€/an/bénéficiaire
Vaccins et examens biologiques prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	80€/an/bénéficiaire	-	80€/an/bénéficiaire
Pilule contraceptive et autres moyens de contraception non remboursés par la Sécurité sociale	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Prothèses mammaires, capillaires et postiches en cas d'ALD	-	-	100€/an/bénéficiaire	-	100€/an/bénéficiaire
Système d'autosurveillance glycémique	-	250€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire	-	250€/an/bénéficiaire
Acte de prévention: substituts nicotiniques non pris en charge au titre de la pharmacie (sur prescription médicale et facture)	TM	TM	TM	-	TM

FR: Frais Réels
BR: Base de Remboursement de la Sécurité sociale
TM: Ticket Modérateur: différence entre la BR et le remboursement de la Sécurité sociale
PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
OPTAM (ex CAS): Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM CO (ex CAS): Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
Chirurgie Obstétrique
ALD: Affection longue durée "exonérante" inscrite sur la liste "ALD 30" fixée par décret

⁽¹⁾ Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:
- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées,
- centres de rééducation professionnelle,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- ateliers thérapeutiques.

⁽²⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. En psychiatrie: prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.
⁽³⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
⁽⁴⁾ Prothèse amovible: la base de remboursement varie selon le nombre de dents. Au 01/01/2022 celle-ci est comprise entre 64,40 € et 365,50 €.

⁽⁵⁾ Prothèse transitoire: base de remboursement = 10 €.

⁽⁶⁾ Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

⁽⁷⁾ À compter de 2021: une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

⁽⁸⁾ Par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.
⁽⁹⁾ Sur présentation de l'original de la facture - Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° adhérent ou INSEE et/ou le n° FINISS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire). Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120€ est prise en charge par la mutuelle.

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

PRÉCISION SUR L'OPTIQUE

Dans certaines situations, la prise en charge de deux équipements est autorisée: intolérance ou contre-indication aux verres progressifs, ou multifocaux, amblyopie et/ou strabisme nécessitant une pénalisation optique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.