

## Avenant à l'accord du 24 octobre 2023 formalisant le régime de « remboursement des frais de santé » au sein de Castorama France

### Entre

La société Castorama France SAS dont le siège social est situé rue de l'épinoï à Templemars (59175) immatriculée au Tribunal de commerce de Lille Métropole sous le numéro de SIREN 451 678 973, représentée par Madame Vanessa HIDOCQ, en sa qualité de Directrice des relations sociales, dénommée ci-après « la société »,

**d'une part,**

### Et

#### Les organisations syndicales représentatives au sein de l'entreprise :

- La Fédération CFDT des Services, représentée par Sébastien GALLO, délégué syndical central
- La CGT, représentée par Nicolas EUZENOT, délégué syndical central
- La FEC-CGT-FO, représentée par Jean-Paul GATHIER, délégué syndical central
- La FNECS-CFE-CGC, représentée par Christophe CHASSON, délégué syndical central

**d'autre part**

### Préambule

La Commission de suivi des accords frais de santé et prévoyance s'est réunie le 2 juillet 2025 afin d'examiner les comptes de résultats des régimes santé et prévoyance pour l'exercice 2024. Cette séance a également donné lieu à l'établissement de projections pour les exercices 2025 et 2026. Ces dernières ayant fait apparaître un risque de dégradation des résultats sinistralité/prime (S/P) des régimes, les membres de la Commission et la Direction ont engagé une réflexion sur d'éventuels aménagements des régimes en vigueur.

Ces travaux se sont poursuivis lors de la Commission de suivi du 15 septembre 2025, au cours de laquelle des pistes de réflexion ont été partagées.

Face au risque de dégradation des résultats des régimes, les membres de la Commission et la Direction ont convenu d'engager la négociation d'un avenant à l'accord du 24 octobre 2023 formalisant le régime de « remboursement des frais de santé » au sein de Castorama France.

La négociation s'est déroulée les 14 octobre 2025 et 6 novembre 2025 entre les organisations syndicales représentatives de l'entreprise et la Direction, et a abouti à un avenant définissant les nouvelles modalités du régime de remboursement des frais de santé applicable au sein de CASTORAMA.

Les principes qui ont conduit cette négociation ont été les suivants :

- la recherche d'un équilibre du régime frais de santé par type de bénéficiaires,
- la préservation de l'équilibre financier du régime,
- et le maintien d'un niveau de protection satisfaisant pour les soins les plus courants.

En application de ces principes, les parties ont convenu :

- de rééquilibrer le poste optique par incitation à l'utilisation du réseau Itélis,
- d'introduire un nouveau service optique complémentaire (C'évidentia)

JPG  
M. G.  
S.G.

- d'encourager l'utilisation du panier maîtrisé sur le poste des soins dentaires,
- et de modifier la structure et l'assiette des cotisations.

Les dispositions du présent avenant modifient exclusivement celles qu'elles remplacent au sein de l'accord du 24 octobre 2023 formalisant le régime de remboursement des frais de santé de Castorama France. Les autres dispositions de l'accord initial demeurent inchangées.

Il a été décidé ce qui suit, en application des dispositions des articles L911-1 et L911-2 du code de la sécurité sociale.

Le présent avenant à l'accord d'entreprise a donné lieu à une consultation préalable du CSEC lors d'une réunion du 19 février 2026.

## **Article 1 : Dispositions générales relatives au présent avenant**

### **1.1 : Champ d'application de l'avenant**

Le présent avenant à l'accord d'entreprise du 24 octobre 2023 est applicable à l'ensemble des salariés de la société Castorama France.

### **1.2 : Objet de l'avenant**

Le présent avenant à l'accord d'entreprise du 24 octobre 2023 a pour objet d'organiser les conditions d'adhésion de l'ensemble du personnel, dans les conditions définies ci-dessous, au contrat d'assurance collectif obligatoire qui sera souscrit à cet effet par l'entreprise.

Le présent avenant vise à modifier :

- l'article 2 : « Les salariés bénéficiaires » en ses paragraphes 2.3.A et 2.3.B,
  - l'article 3 « Cotisations » en ses paragraphes 3.1 et 3.2,
  - l'article 4 « Evolution ultérieure des cotisations »,
  - l'article 7 : « Fonctionnement de la commission » en son paragraphe 7.3
- de l'accord du 24 octobre 2023.

## **Article 2 : Modification des paragraphes 2.3.A et 2.3.B de l'article 2 de l'accord du 24 octobre 2023.**

Les paragraphes 2.3.A et 2.3.B de l'accord du 24 octobre 2023 sont modifiés comme suit :

### **2.3 : Salariés dont le contrat de travail est suspendu**

#### **A – Cas des salariés en suspension de contrat et qui bénéficient d'un maintien de salaire total ou partiel, d'indemnités journalières, d'un revenu de remplacement, ou d'indemnités de prévoyance**

L'adhésion est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que le salarié bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur ou un tiers (et notamment en cas d'activité partielle). L'adhésion des salariés est également maintenue en cas de congé maternité.

Dans cette hypothèse, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Pendant cette période de suspension de contrat indemnisée, le salarié pourra s'acquitter de ses cotisations par prélèvement sur son bulletin de paie.

L'assiette des cotisations et des prestations est constituée par le salaire de base mensuel brut contractuel versé au salarié dans la limite de deux plafonds mensuels de la sécurité sociale.

## **B - Pour les autres cas de suspension non indemnisée à l'initiative du salarié**

Si le salarié en fait la demande dans le mois précédent sa suspension de contrat, il pourra, pendant cette suspension non indemnisée, continuer de bénéficier du présent régime en contrepartie du paiement total de la cotisation (patronale et salariale).

En l'absence de paiement de cette cotisation, l'adhésion au régime sera suspendue.

Puisque le précompte des cotisations salariales et patronales ne peut pas être prélevé sur le bulletin de paie, le salarié est tenu d'adresser, dans le mois précédant la suspension de son contrat, un relevé d'identité bancaire au gestionnaire, ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

### **Article 3 : modification de l'article 3 de l'accord du 24 octobre 2023.**

Les paragraphes 3.1 et 3.2 de l'accord du 24 octobre 2023 sont modifiés comme suit :

#### **Article 3 : Cotisations**

##### **3.1 : Assiette des cotisations**

Les cotisations reposent à la fois sur une part « forfaitaire » et une part « proportionnelle » à la rémunération des salariés.

L'assiette retenue pour le calcul de la part proportionnelle de l'année N des cotisations destinées au financement du présent régime est constituée du salaire de base mensuel brut contractuel du mois considéré, dans la limite de deux plafonds mensuels de la sécurité sociale.

##### **3.2 : Taux de cotisations**

Au 1<sup>er</sup> mars 2026, chaque salarié s'acquittera :

Cotisation forfaitaire : celle-ci s'élève à 12,85 euros par mois.

Cotisation proportionnelle : le taux servant au calcul de la cotisation proportionnelle est de 3,11%.

Pour précision, les salariés appartenant au régime spécifique Alsace-Moselle s'acquitteront, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2026, des cotisations suivantes :

Cotisation forfaitaire : 7,07€

Cotisation proportionnelle : le taux servant au calcul de la cotisation proportionnelle est de 2,01%.

### **Article 4 : modification de l'article 4 de l'accord du 24 octobre 2023.**

L'article 4 de l'accord du 24 octobre 2023 est modifié comme suit :

JPG  
VH af

#### Article 4 : Evolution ultérieure des cotisations

Afin d'assurer l'équilibre du régime, suite au désengagement de la sécurité sociale dans le remboursement des soins, ce qui engendre une hausse des prestations versées par les assurances complémentaires, à la pyramide des âges de l'entreprise et à la hausse du coût des soins de santé, les éventuelles évolutions futures des cotisations, liées notamment aux résultats du régime, seront réparties entre l'employeur et les salariés dans les proportions ci-dessus définies.

Il est convenu que les taux de cotisations en vigueur pourront évoluer, à la hausse ou à la baisse, en fonction du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, dans la limite de 5%, sans modification de l'accord, et ce, après information préalable du CSEC puis information des salariés. Corrélativement, si les comptes de résultat du régime frais de santé le permettent, une baisse des cotisations pourrait intervenir dans la limite de 5%, sans modification de l'accord, et ce, après information préalable du CSEC puis information des salariés.

Au-delà de cette limite, l'augmentation ou la diminution de cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation et donnera lieu à la conclusion d'un avenant au présent accord.

A défaut d'avenant, ou dans l'attente de sa signature, les garanties seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

Dans l'éventualité de l'instauration d'une hausse de la Taxe de Solidarité Additionnelle et / ou l'introduction d'une contribution additionnelle, durant l'application de ce présent avenant, et dans l'éventualité où le régime de base obligatoire serait déficitaire au 31 décembre de l'année concernée, il serait appliqué une augmentation des cotisations proportionnelles à ces augmentations dans la limite de 3,5%. Cette augmentation serait uniquement imputée sur la partie proportionnelle au salaire des cotisations, après information préalable du CSEC et des salariés.

Par ailleurs, il est convenu que les parties se rencontreront à l'issue des deux prochains exercices complets (années 2024 et 2025) soit en juin 2026.

L'objectif de cette réunion sera de déterminer si la baisse de la tarification des nouvelles cotisations frais de santé dans le cadre du présent appel d'offre, couvre bien le coût des mesures proposées par la direction, en matière de prévoyance, que voici :

- L'augmentation de la part patronale en prévoyance pour les non-cadres de 55% à 60%
- La prolongation du maintien de salaire et la subrogation pour les employés et agents de maîtrise ayant entre 1 et 11 ans d'ancienneté prévus par l'avenant du 24 octobre 2023 à notre accord d'entreprise du 15 mai 2007

L'évaluation de ce coût sera réalisée de la manière suivante :

1. Calcul des cotisations patronales frais de santé des années 2024 et 2025 sur la base des anciens taux (avant négociation)
2. Comparaison de ce montant, au montant des cotisations patronales frais de santé des années 2024 et 2025 versées.
3. De cette différence, seront déduits, année par année, les coûts suivants pour l'entreprise :
  - le coût du maintien de salaire et des charges patronales pour les employés et agents de maîtrise ayant entre 1 et 11 ans d'ancienneté
  - le coût de l'augmentation de la part patronale prévoyance
  - et les coûts financiers liés à l'avance de trésorerie (subrogation)

4. A l'issue de cette comparaison, si le solde est positif et que l'activité et les résultats de l'entreprise le permettent, ce solde sera reversé dans le compte de participation aux bénéficiaires après avoir retiré les taxes et charges afférentes.

#### **Article 5 : Modification de l'article 7 de l'accord du 24 octobre 2023**

Le paragraphe 7.3 de l'accord du 24 octobre 2023 est modifié comme suit :

#### **7.3 : Fonctionnement de la commission**

Elle se réunit, en demi-journées, 3 fois par an, en avril, septembre et octobre.

Il est accordé à chaque membre qui sera présent en commission 2 heures pour préparer ladite commission prévoyance et frais de santé. Ce temps de préparation individuelle est accordé pour les trois commissions prévues au présent article. Enfin, l'utilisation de ces heures ne donnera lieu à aucun frais de déplacement pris en charge par l'entreprise.

#### **Article 6 : Entrée en vigueur - Durée – Révision – Dénonciation de l'avenant**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2026.

#### **Article 7 : Dépôt et publicité**

Le présent avenant ainsi que les pièces listées à l'article D. 2231-7 du Code du travail seront déposés sur la plateforme de téléprocédure du Ministère du Travail via le site internet « [www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr](http://www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr) ».

Un exemplaire original du présent avenant sera remis au secrétariat-greffe du Conseil de prud'hommes.

Les formalités de dépôt seront effectuées par la société.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Mention de cet avenant sera faite au sein de la notice des accords applicables et il sera disponible par tout salarié au sein de l'intranet.

A Templemars, le 20 février 2026,

Fait en 8 exemplaires dont deux pour les formalités de publicité.

#### **Signatures**

#### **Pour la société CASTORAMA FRANCE SAS**

Vanessa HIDOCQ  
Directrice juridique et relations sociales



JPG  
v4

**Pour les organisations syndicales représentatives au sein de l'entreprise**

Sébastien GALLO  
Pour la Fédération CFDT des Services



Christophe CHASSON  
Pour la FNECS-CFE-CGC



Nicolas EUZENOT  
Pour la CGT

Jean-Paul GATHIER  
Pour la FEC-CGT-FO



JPC  
VH ep

# Grille de garanties CASTORAMA au 1/03/2026

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
Etablissement conventionné	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
Etablissement non conventionné	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
<b>Honoraires</b>		
Secteur 1 ou adhérent DPTAM <sup>(1)</sup>	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
Non adhérent DPTAM <sup>(2)</sup> ou non conventionné	TM + 100% BR	100 % FR – RSS
<b>Forfait Patient Urgence (FPU)</b>	100% FR	100% FR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% FR	100% FR
<b>Forfait actes lourds</b>	100% FR	100% FR
<b>Chambre particulière (par jour)</b>	5% PMSS	5% PMSS
<b>Chambre particulière en Soins de Suite et de Réadaptation <sup>(3)</sup> (par jour) limité à 30 jours</b>	5% PMSS	5% PMSS
<b>Chambre particulière en PSYCHIATRIE (par jour) limité à 30 jours</b>	5% PMSS	5% PMSS
<b>Frais ou Lit d'accompagnant (Enfant de moins de 12 ans) (par jour)</b>	2% PMSS	2% PMSS

<sup>(1)</sup> Médecin du secteur 2 avec dépassement d'honoraire maîtrisé.

<sup>(2)</sup> Médecin du secteur 2 avec dépassement d'honoraire libre.

<sup>(3)</sup> Prise en charge de la chambre particulière uniquement si le séjour en Soins de Suite et de Réadaptation est remboursé par la Sécurité sociale

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites généralistes - Médecin secteur 1 ou adhérent DPTAM <sup>(1)</sup>	TM + 40 % BR	TM + 170 % BR
Consultations, visite généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné <sup>(2)</sup>	TM + 20 % BR	TM + 170 % BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM <sup>(1)</sup>	TM + 120 % BR	TM + 170 % BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné <sup>(2)</sup>	TM + 100 % BR	TM + 170 % BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou adhérent DPTAM <sup>(1)</sup>	TM	TM + 170 % BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné <sup>(2)</sup>	TM	TM + 170 % BR
<b>Analyses &amp; Examens de laboratoires</b>		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM + 160% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM + 160% BR
Dispositif « Mon Soutien Psy » <sup>(3)</sup>	TM	TM
<b>Imagerie médicale</b>		
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM	TM + 170 % BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM	TM + 170 % BR
<b>Médicaments</b>		
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM
Médicaments homéopathiques prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	60 € / an	60 € / an
<b>Fauteuils roulants et prothèses capillaires « 100% Santé » <sup>(4)</sup></b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>
<b>Matériel médical (hors aides auditives) hors « 100% Santé »</b>		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 95% BR	TM + 95% BR

<sup>(1)</sup> Médecin du secteur 1 ou, du secteur 2 avec dépassement d'honoraire maîtrisé.

<sup>(2)</sup> Médecin du secteur 2 avec dépassement d'honoraire libre.

<sup>(3)</sup> Dispositif *Mon Soutien Psy*, permet de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique (nombre de séances limité) prises en charge par la Sécurité sociale et la Complémentaire santé dès l'âge de 3 ans.

<sup>(4)</sup> Tels que définis réglementairement, sous réserve de prise en charge par la Sécurité sociale au titre du "100% santé" du matériel.

# Grille de garanties CASTORAMA au 1/03/2026

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins et prothèses dentaires « 100% Santé »<sup>(1)</sup></b>	<b>100% HLF - RSS</b>	<b>100% HLF - RSS</b>
<b>Soins hors « 100% Santé »</b>		
Soins	TM + 110% BR	TM + 110% BR
Renouvellement des sillons pour les enfants de 6 à 14 an	15 € /dent	15 € /dent
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	TM + 110% BR	TM + 110% BR
Inlay Onlay à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(3)</sup>	TM + 110% BR	TM + 110% BR
<b>Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)</b>		
<i>Limitation annuelle par bénéficiaire<sup>(4)</sup></i>	<i>Néant</i>	<b>80% PMSS</b>
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	TM + 280% BR	<b>TM + 410% BR</b>
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(3)</sup>	TM + 240% BR	<b>TM + 410% BR</b>
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	250 € /prothèse	<b>473 € /prothèse</b>
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 200% BR	TM + 200% BR
<b>Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, Implantologie et Parodontologie</b>	<b>Néant</b>	<b>900€ /an /bénéficiaire</b>

<sup>(1)</sup> Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF). Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF. À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.

<sup>(2)</sup> Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités. Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF.

<sup>(3)</sup> Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités.

<sup>(4)</sup> Au delà de la limitation, la garantie est plafonnée à la hauteur de TM + 25% BR.

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
<b>AUTRES POSTES</b>		
<b>Transports</b>		
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	TM	<b>TM + 265% BR</b>
<b>Maternité</b>		
Forfait maternité par enfant y compris en cas d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans (doublée en cas de naissances ou adoptions multiples)	20 % du PMSS	20 % du PMSS
Chambre particulière (par jour)	5% PMSS	5% PMSS
<b>Cure thermique</b> prise en charge par la Sécurité sociale (frais médicaux, frais de transport et frais de séjour)	0,80 % du PMSS /jour limité à 21 jours	0,80 % du PMSS /jour limité à 21 jours
<b>Médecine douce<sup>(1)</sup></b>		
Sevrage tabagique par an et par bénéficiaire <sup>(2)</sup>	30 €	30 €
Actes de chiropractie, ostéopathie, sophrologue, pédicure-podologue, naturopathe, psychologue limité à 3 séances par année et par bénéficiaire	50 € par séance	50 € par séance
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	TM	TM
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale à savoir : antigrippe, hépatites A et B, Méningite A et C	100% FR	100% FR
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la Sécurité sociale	20€ / an /bénéficiaire	20€ / an /bénéficiaire
Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin, par enfant de moins de 12 ans	1,25 % PMSS	1,25 % PMSS
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant.	200€ /an /bénéficiaire	200€ /an /bénéficiaire
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale	100€ /an /bénéficiaire	100€ /an /bénéficiaire
<b>Actes de prévention</b> (tout acte de prévention pris en charge par la Sécurité sociale)	TM	TM

<sup>(1)</sup> Le praticien doit être inscrit à l'un des répertoires suivants encadrant son niveau de qualification : ADELI, RPPS, RNE.

<sup>(2)</sup> Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale française, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor.

# Grille de garanties CASTORAMA au 1/03/2026

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
<b>AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans limité à 1700 €</b>		
Equipements « 100% Santé » <sup>(1)</sup> de classe I	100% PLV - RSS	100% PLV - RSS
Equipements « hors 100% Santé » de classe II	TM + 95% BR	TM + 95% BR
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM

<sup>(1)</sup> Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

Garanties y compris la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
<b>OPTIQUE<sup>(1)</sup></b>		
Equipements « 100% Santé » - Monture & Verres de classe A <sup>(2)</sup> (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% PLV	100% PLV
<b>Prestations et équipements « hors 100% Santé » - Monture &amp; Verres de Classe B<sup>(3)</sup></b>		
Monture dans le réseau ITELIS	100 €	Adulte <sup>(4)</sup> = 180 € Enfant <sup>(5)</sup> = 150 €
Monture hors réseau ITELIS	90 €	Adulte <sup>(4)</sup> = 150 € Enfant <sup>(5)</sup> = 130 €
Verre	voir grille Optique	voir grille Optique
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	100% BR	100% BR
<b>Lentilles correctrices</b>		
Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale	6 % PMSS	8 % PMSS
Lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale y compris jetables	6 % PMSS /an /bénéficiaire	8 % PMSS /an /bénéficiaire
<b>Autres prestations optique</b>		
Chirurgie réfractive	100€ /œil	200€ /œil

<sup>(1)</sup> Faculté de prise en charge :

Renouvellement à compter de la date d'acquisition :

- tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans inclus et +;

- tous les ans enfants +6 ans et - 16 ans;

- tous les 6 mois pour les enfants -6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans.

Exceptions :

- Renouvellement anticipé de l'équipement possible pour raisons médicales ou en cas d'évolution importante de la vue (uniquement renouvellement des verres pour les - 16 ans).

- 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance : pour les assurés présentant un déficit de vision de près et de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prévoient une prise en charge de deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits. Les plafonds de prise en charge des contrats responsables et les périodicités de renouvellement sont applicables à chacun des équipements.

<sup>(2)</sup> Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, dans la limite des prix fixés (Prix limites de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

<sup>(3)</sup> Il est possible de combiner un équipement de class A et un équipement de classe B (par exemple une monture de classe B avec des verres de classe A)

<sup>(4)</sup> Adulte = bénéficiaire de 16 ans ou plus

<sup>(5)</sup> Enfant = bénéficiaire de moins de 16 ans

# Grilles Optique CASTORAMA au 1/03/2026

Y compris le remboursement SS	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire		
	Correction	Dans le réseau ITELIS	Hors réseau ITELIS
Niveau de correction	Verre UNIFOCAL ou MULTI FOCAL	Verre UNIFOCAL	Verre MULTIFOCAL
Faible	Prise en charge intégrale *	50,00 €	85,00 €
Modéré		50,00 €	85,00 €
Moyen		50,00 €	85,00 €
Elevé		85,00 €	85,00 €
Très élevé		85,00 €	85,00 €

Y compris le remboursement SS	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)		
	Correction	Dans le réseau ITELIS	Hors réseau ITELIS
Niveau de correction	Verre UNIFOCAL ou MULTI FOCAL	Verre UNIFOCAL	Verre MULTIFOCAL
Faible	Prise en charge intégrale *	120,00 €	218,00 €
Modéré		120,00 €	218,00 €
Moyen		120,00 €	218,00 €
Elevé		163,00 €	218,00 €
Très élevé		163,00 €	218,00 €

\* Selon les caractéristiques précisées pour chaque niveau de corrections (traitement des verres ou optimisation de l'épaisseur ou teinte peuvent être en sus)

Correction			
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	> 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	> 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	> 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	> 0
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0
	Sphère	De -8 à 0	> +4
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0