

Structure de la codification

XXXXX	2 PREMIERS CHIFFRES	Catégorie (01,11, 14,21 à 25,51 à 64,97)
XXXXX	3 ^e CHIFFRE	Caractéristiques (1 puissance, 2 Composition, 3 Teinte, 4 Supplément ,5 Verre de contact)
XXXXX	2 DERNIERS CHIFFRES	Éléments

Les tarifs sont en vigueur à compter du 1^{er} août 2018 pour une période de 5 ans se terminant en 2023.

CNESST -LISTE DE PRIX DES LENTILLES (PAR LENTILLE)

PUISSANCE CODE	SIMPLE FOYER 011XX	DOUBLE FOYER 111XX	TRIPLE FOYER 211XX	FOYER PROGRESSIF (conventionnel) 141XX
	18/08/01	18/08/01	18/08/01	18/08/01
1.0 Sph. Plano à 4.00 10	48	80	110	144
1.1 Cyl. 0.12 à 2.00 11	48	80	110	144
1.2 Cyl. 2.25 à 4.00 12	48	80	110	144
2.0 Sph. 4.25 à 10.00 20	48	80	110	144
2.1 Cyl. 0.12 à 2.00 21	48	80	110	144
2.2 Cyl. 2.25 à 4.00 22	48	80	110	144
3.0 Sph. 10.25 à 15.00 30	48	80	110	144
3.1 Cyl. 0.12 à 2.00 31	48	80	110	144
3.2 Cyl. 2.25 à 4.00 32	48	80	110	144

PUISSANCE CODE	FOYER PROGRESSIF (numérique) 221XX	FOYER PROGRESSIF(optimisé) 231XX	FOYER PROGRESSIF (personnalisé) 241XX	FOYER PROGRESSIF (dégressif -ordinateur) 251XX
	18/08/01	18/08/01	18/08/01	18/08/01
1.0 Sph. Plano à 4.00 10	173	245	310	140
1.1 Cyl. 0.12 à 2.00 11	173	245	310	140
1.2 Cyl. 2.25 à 4.00 12	173	245	310	140
2.0 Sph. 4.25 à 10.00 20	173	245	310	140
2.1 Cyl. 0.12 à 2.00 21	173	245	310	140
2.2 Cyl. 2.25 à 4.00 22	173	245	310	140
3.0 Sph. 10.25 à 15.00 30	173	245	310	140
3.1 Cyl. 0.12 à 2.00 31	173	245	310	140
3.2 Cyl. 2.25 à 4.00 32	173	245	310	140

Composition des lentilles (par lentille)

XX2XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
04	Haut indice : organique 1.6	35
05	Haut indice : organique 1.67	65
06	Haut indice : organique 1.74	120
07	Lentille polycarbonate simple vision	20
08	Lentille polycarbonate double vision (ST-28)	50
09	Lentille polycarbonate progressif	45

Supplément pour teintes et traitements (par lentille)

XX3XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
01	Teinte unie (organique)	22
02	Teinte graduée (organique)	29
09	Lentille polarisée (double vision)	65
10	Photochromique	75
14	Traitements UV	20
15	Teinte miroir (avec anti-reflet face arrière)	90
17	Traitement anti-reflets : multicouche standard	70
18	Traitement anti-reflets hydrophobe-oléophobe	90
19	Traitement anti-égratignures	35

N.B. S'il y a plus d'un code de teinte ou traitement veuillez inscrire le code 99

Supplément lentilles spéciales (par lentille)

XX4XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
01	Prisme inférieur à 5,00 dioptries	25
02	Prismes 5,00 dioptries et plus	30
04	Prisme compensateur (bicentrique)	160
07	Add.au dessus +/-3 (3.23 à 4 dioptries)	25
08	Add. Au dessus 4.25 dioptries et plus	50
09	Myodisque lenticulaire	120
10	Myodisque blended	250
11	Lentille Fresnel	75
12	Cocher,rainurer	20
15	Polir biseau	15
16	Perçage	50
18	Double foyers spéciaux St-35 (rond)	30
19	Double foyer spéciaux Exécutive	45
21	Vocationnel	80

N.B Supplément : s'il y a plus d'un code de supplément, veuillez inscrire le code 99

Lentilles cataractes organiques (pour aphaques) par lentille

XX4XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
29	Simple foyer asphérique grande vision	108
30	Simple foyer lenticulaire asphérique 40 mm	100
31	Oméga simple vision	121
32	Varilux Omega	170
33	Foyer rond Omega	127

Lentilles cornéennes (par lentille)

XXXXX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
51	Lentille rigide : simple foyer	100
52	Lentille rigide : double foyer	208
53	Lentille rigide : lenticulaire	120
54	Lentille rigide : torique	140
55	Lentille souple : simple foyer	100
56	Lentille souple : double foyer	225
57	Lentille souple : torique	200
58	Lentille souple : teintée transparente	200
59	Lentille souple : teintée opaque	200
60	Lentille souple : port prolongé	150
61	Lentille perméable au gaz : simple foyer	125
62	Lentille perméable au gaz : double foyer	200
63	Lentille perméable au gaz : lenticulaire	150
64	Lentille perméable au gaz : torique	160
65	Lentille sclérale ¹	250

Les valeurs à utiliser sont les mêmes que celle du codage soit, 51 à 65 plutôt que 1 à 14.

¹ Cas d'exception; justification médicale de l'optométriste nécessaire

XXXXX

Lentilles cornéennes à remplacement planifié

Code	Description	Tarif 2018-08-01
15	Simple vision-quotidien (boîte de 30 lentilles)	43
16	Simple vision- bi-mensuel (boîte de 6 lentilles)	45
17	Simple vision-mensuel (boîte de 6 lentilles)	65
18	Simple vision-trimestriel (1 lentille)	45
19	Double vision- bi-mensuel (boîte de 6 lentilles)	70
20	Double vision-trimestriel (1 lentille)	75
21	Torique-mensuel (boîte de 6 lentilles)	95
22	Torique-trimestriel (1 lentille)	60
23	Teintée-bi-mensuel (boîte de 6 lentilles)	70
24	Teintée-mensuel (boîte de 6 lentilles)	75
25	Double vision mensuel (boîte de 6 lentilles)	125
26	Double vision torique mensuel	170
27	Torique-mensuel (division 2 ou XR (boîte de 6 lentilles)	140