



# Résumé de garanties

## CCN des Entreprises de propreté et services associés (Brochure n° 3173)

### Régime santé (Base et options) - Cadre

En complément du régime de base souscrit par votre employeur, vous pouvez améliorer vos garanties grâce aux options facultatives proposées. Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi faire bénéficier votre famille (conjoint, concubin, partenaire de Pacs, enfants à charge) des mêmes garanties. Les niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale.

Les niveaux d'indemnisation des options viennent s'ajouter respectivement aux garanties du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent :

- pour la Base : **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires ;
- pour les options : **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime complémentaire de base conventionnelle, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

#### Abréviations :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

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

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

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

## Hospitalisation

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>				
Frais de séjour	100 % BR	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-	-
Honoraires :				
- Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	150 % BR	+ 20 % BR	+ 40 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	130 % BR	+ 20 % BR	+ 40 % BR	+ 50 % BR
Chambre particulière	45 € par jour	-	-	-
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sous présentation d'un justificatif)	-	-	-	20 € par jour

## Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-

## Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Honoraires médicaux</b>				
<b>Remboursés Sécurité sociale</b>				
- Généralistes (Consultations et visites)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 30 % BR
- Spécialistes (Consultations et visites)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 80 % BR
- Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 80 % BR
- Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 30 % BR
<b>Non remboursés Sécurité sociale</b>				
Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € par séance dans la limite d'une séance par année civile	-	-	30 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	-	-	-
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
<b>Médicaments</b>				
Remboursés Sécurité sociale à 65 % ou 30 %	100 % BR	-	-	-
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>				
Remboursée Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
<b>Matériel médical</b>				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile	+ 100 € par année civile
<b>Actes de prévention remboursés Sécurité sociale</b>				
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	-	-	-

## Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Jusqu'au 31/12/2020</b>				
<b>Aides auditives remboursées Sécurité sociale</b>				
Aides auditives	100 % BR + crédit de 250 € par année civile	+ 50 € par année civile	+ 50 € par année civile	+ 100 € pour les +20 ans  + 50 € pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	100 % BR	-	-	-
<b>À compter du 01/01/2021</b>				
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(2)</sup></b>				
Aides auditives remboursées Sécurité sociale	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>	-	-	-
<b>Équipements libres <sup>(4)</sup></b>				
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	100 % BR + 250 € <sup>(3)</sup>	+ 50 € <sup>(3)</sup>	+ 100 € <sup>(3)</sup>	+ 100 € <sup>(3)</sup>
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	-	+ 50 € <sup>(3)</sup>	+ 50 € <sup>(3)</sup>	+ 50 € <sup>(3)</sup>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	100 % BR	-	-	-

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquet fixé par l'arrêté du 14/11/2018

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) 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).

(4) Équipements 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 € RSS inclus au 01/01/2021).

## Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>				
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	-	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires				
<b>Prothèses</b>				
<b>Panier maîtrisé<sup>(2)</sup></b>				
Inlay, onlay	150 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 25 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 50 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 50 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>
Inlay core	260 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 35 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 70 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 100 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	260 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 35 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 70 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 100 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>
<b>Panier libre<sup>(3)</sup></b>				
Inlay, onlay	150 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Inlay core	260 % BR	+ 35 % BR	+ 70 % BR	+ 100 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	260 % BR	+ 35 % BR	+ 70 % BR	+ 100 % BR
<b>Soins</b>				
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	-	-	-
<b>Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale</b>				
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	200 % BR + 200 € par semestre	+ 50 € par semestre	+ 100 € par semestre	+ 100 € par semestre

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

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

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

## Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>				
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Verres de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>				
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	100 % BR + 50 €	+ 10 €	+ 20 €	+ 50 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (détail du type de verres indiqué dans la grille optique ci-après) <sup>(2)</sup>		+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
- Verre simple	100 % BR + 37,50 € / verre	+ 12,50 € par verre	+ 25 € par verre	+ 25 € par verre
- Verre complexe	100 % BR + 87,50 € / verre	+ 12,50 € par verre	+ 25 € par verre	+ 25 € par verre
- Verre hypercomplexe	100 % BR + 140 € / verre	+ 12,50 € par verre	+ 25 € par verre	+ 25 € par verre
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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 et B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-	-
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	-	-	-
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-	-
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + crédit de 170 € par année civile	+ 20 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 40 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 170 € par année civile	+ 20 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 40 € par année civile

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Chirurgie réfractive	-	-	-	+ 150 € par œil

(1) Équipements 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.

(2) 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.

- 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 ; kératopathies 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.

(3) Équipements de classe B, 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.  
 Cas optique 1 - Gestion directe

- 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.  
 Grille optique « verres de classe B »

Verres unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Type de verres <sup>(2)</sup>	Remboursement par verre
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple	100 % BR + 37,50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe	100 % BR + 87,50 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple	100 % BR + 37,50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple	100 % BR + 37,50 €
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe	100 % BR + 87,50 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €
		SPH > 0 et S > + 8	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €

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

(2) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base conventionnelle et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

### Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Cure thermique remboursée Sécurité sociale</b>				
Frais de traitement et honoraires	-	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Frais de voyage et hébergement	-	Crédit de 100 €	Crédit de 200 €	Crédit de 200 €