

**ENTREPRISES DE PROPRIÉTÉ  
ET SERVICES ASSOCIÉS (CCN N° 3173)  
Régime frais de santé conventionnel**

Une formule « Base » répondant à vos obligations conventionnelles. Les niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. 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.

	<b>Base</b>
<b>HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES</b>	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité <sup>(1)</sup>	
Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier dans la limite de la réglementation en vigueur (sans limitation de durée)	100 % FJH
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésies (ADA), Autres honoraires	
Médecins adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	150 % BR
Médecins non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	130 % BR
Chambre particulière	45 € par jour
<b>Transport remboursé SS</b>	
Transport	100 % BR
<b>Actes médicaux</b>	
Généraliste (Consultation et visite)	
Médecins adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Médecins non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Spécialiste (Consultation et visite)	
Médecins adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Médecins non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Actes de chirurgie (ADC)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Médecins adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Médecins non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	
Actes d'échographie (ADE)	
Médecins adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Médecins non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR
Autres auxiliaires médicaux	100 % BR
Analyses	100 % BR
<b>Pharmacie remboursée SS</b>	
Pharmacie	100 % BR
<b>Appareillage remboursé SS</b>	
Prothèses auditives	100% BR + 250 € par année civile
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Dentaire remboursé SS</b>	
Soins dentaires	100 % BR
Inlays simples et onlays	150 % BR
Prothèses dentaires	260 % BR
Inlay core et inlay core à clavettes	260 % BR
Orthodontie	200 % BR + 200 € par semestre

OPTIQUE <sup>(3)</sup>	
Monture	100 % BR + 50 €
Verres simples <sup>(4)</sup>	100 % BR + 75 €
Verres complexes <sup>(4)</sup>	100 % BR + 175 €
Verres hypercomplexes <sup>(4)</sup>	100 % BR + 280 €
Lentilles acceptées ou refusées par la SS (y compris lentilles jetables) Forfait sur 1 année civile	100 % BR + 170 €
MÉDECINES HORS NOMEMCLATURE	
Ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	30 € par séance dans la limite d'une séance par année civile
AUTRES	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005 (Prise en charge de tous les actes)	100 % BR

(1) CONVENTIONNE / NON CONVENTIONNE

(2) DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée :

- CAS (Contrat d'accès aux soins),
- OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée),
- OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

(3) Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(4) La liste des types de verres est détaillée dans la notice d'information. Le niveau d'indemnisation s'entend pour 2 verres.

Lexique :

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale

SS = Sécurité sociale

FJH : Forfait journalier hospitalier

## TAUX DE COTISATION

### Pour l'entreprise : Adhésion collective et obligatoire pour le salarié non-cadre au régime de base

Le taux de cotisation est réparti à hauteur de 50% pour l'employeur et de 50% pour le salarié et est prélevé sur le bulletin de salaire.

#### TAUX CCN

à compter du 01/01/2018

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME ALSACE MOSELLE
Taux de cotisation	3,20% du salaire de référence	1,92% du salaire de référence

À titre exceptionnel, pour l'année 2018, les taux de cotisations indiqués ci-dessus seront appelés à hauteur de :

#### TAUX D'APPEL

à compter du 01/01/2018

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME ALSACE MOSELLE
Taux de cotisation	3,10% du salaire de référence	1,86% du salaire de référence

### La cotisation globale est plafonnée à :

1,66 % du PMSS (54,96 €) pour le régime général,

- Le plafond s'appliquera lorsque le salaire servant de base à l'assiette de cotisation atteint 1 772,90 €.

0,99 % du PMSS (32,78 €) pour le régime Alsace-Moselle.

- Le plafond s'appliquera lorsque le salaire servant de base à l'assiette de cotisation atteint 1 762,36 €.  
(PMSS 2018 : 3 311 €)