



TABLEAUX DES GARANTIES

Annexe des garanties de santé au 1^{er} janvier 2022 de la Convention collective nationale du personnel des sociétés coopératives d'HLM – IDCC 1588

Garanties frais de santé Coopératives H.L.M.

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du Code de la santé publique.

SOINS COURANTS	Base conventionnelle Option 1	Base + Option 2
Honoraires médicaux		
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste	130 % BR (150 % si OPTAM)	200 % BR (220 % si OPTAM)
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste	150 % BR (170 % si OPTAM)	180 % BR (270 % si OPTAM)
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie	150 % BR (170 % si OPTAM)	180 % BR (270 % si OPTAM)
Radiologie, ostéodensitométrie	150 % BR (170 % si OPTAM)	180 % BR (270 % si OPTAM)
Honoraires paramédicaux		
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	150 % BR	200 % BR
Transport sanitaire	100 % BR	100 % BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens laboratoires		
Frais d'analyses et de laboratoire	150 % BR	200 % BR
Analyses non remboursées par la S.S.	50 % des frais réels dans la limite de 50 € par an	50 % des frais réels dans la limite de 100 € par an
Médicaments		
Frais pharmaceutiques (y compris médicaments remboursés à 15 % par la S.S., et substituts nicotiniques remboursés à 65 % par la S.S.)	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	50 % des frais réels dans la limite de 50 €	50 % des frais réels dans la limite de 100 €
Contraceptifs prescrits médicalement mais non remboursés par la S.S. ⁽²⁾	50 €/an	50 €/an
Médicaments homéopathiques sur prescription médicale ⁽²⁾	50 % des frais réels dans la limite de 50 € par an	50 % des frais réels dans la limite de 100 € par an
Matériel médical		
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	200 % BR	350 % BR
Grand appareillage, dont fauteuil roulant	300 % BR	500 % BR

HOSPITALISATION	Base conventionnelle Option 1	Base + Option 2
Frais de séjour ⁽³⁾	250 % BR	500 % BR
Honoraires	200 % BR (300 % si OPTAM)	200 % BR (400 % si OPTAM)
Chambre particulière ⁽³⁾	85 €	120 €
Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et forfait urgences ^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers	100 % FR	100 % FR
Lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans, ou ascendant à charge fiscale, dans ce dernier cas limité à 30 jours par an) ⁽²¹⁾	43 €	60 €
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR
Chirurgie hors nomenclature, non remboursée par la Sécurité sociale sur avis du médecin conseil de l'organisme assureur	50 % des frais réels dans la limite de 4 % du PMSS par an, sans que le remboursement ne puisse excéder 200 % de la BR reconstituée.	50 % des frais réels dans la limite de 10 % du PMSS par an, sans que le remboursement ne puisse excéder 200 % de la BR reconstituée.

OPTIQUE	Base conventionnelle Option 1	Base + Option 2
Équipement 100 % Santé		
Équipements optique 100 % Santé : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	Frais réels	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		
Optique adulte/enfant - équipement de classe B au tarif libre		
Monture + deux verres simples ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾	260 €	350 €
Monture + deux verres complexes ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾	400 €	500 €
Monture + deux verres très complexes ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾	500 €	600 €
Monture + un verre simple et un verre complexe ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾	330 €	425 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾	380 €	475 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾	450 €	550 €
Lentilles⁽¹⁰⁾		
Lentilles prises en charge par la S.S.	175 € par an + 100 % BR	250 € par an + 100 % BR
Lentilles non prises en charge par la S.S., y compris les lentilles jetables	175 €	250 €
Autres prestations optiques		
Chirurgie optique réfractive ⁽¹¹⁾	500 €	800 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux) ⁽²²⁾	100 % BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100 % des Prix Limites de Vente	
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis / verres iséiconiques)		

DENTAIRE	Base conventionnelle Option 1	Base + Option 2
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé⁽¹²⁾		
Inlay core, autres soins prothétiques et prothèses dentaires	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	
Soins dentaires		
Inlay/onlay par acte ⁽¹⁴⁾	370 % BR Sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	500 % BR Sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Parodontologie remboursée S.S.	170 % BR	500 % BR
Parodontologie non remboursée par S.S. ⁽¹⁰⁾	300 €	400 €
Autres soins dentaires ⁽¹³⁾	170 % BR	270 % BR
Prothèses dentaires		
Soins prothétiques et prothèses dentaires ⁽¹⁴⁾	370 % BR	500 % BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement S.S. non remboursés par S.S. ⁽¹⁴⁾	370 % BR reconstituée	500 % BR reconstituée
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par S.S.	300 % BR	500 % BR
Orthodontie non remboursée par S.S. ⁽¹⁵⁾	300 % BR reconstituée	400 % BR reconstituée
Implants		
Implant dentaire (scanner - pose - pilier) ⁽¹⁰⁾	500 € (maxi 1 par an/bénéficiaire)	500 € (maxi 3 par an/bénéficiaire)

AIDES AUDITIVES	Base conventionnelle Option 1	Base + Option 2
Équipements 100 % Santé⁽²⁰⁾		
Aides auditives	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente	
Équipements libres		
Aides auditives ⁽¹⁶⁾ * pour une ou deux prothèses	260 % BR Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1700 €*.	350 % BR Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1700 €*.
Piles remboursées par la S.S.	100 % BR	100 % BR

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Base conventionnelle Option 1	Base + Option 2
Forfait maternité ou adoption enfant mineur	350 €	500 €
Cures thermales ⁽¹⁹⁾	200 % BR	350 % BR
Assistance	Oui, prévoyant au moins une aide à domicile suite à hospitalisation	
Médecine douce ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾	Cinq spécialités : ostéopathe, chiropracteur, diététicien, homéopathe, podologue, le tout maxi par an de 150 €	Huit spécialités : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, diététicien, étioopathe, pédicure-podologue, psychologue, le tout maxi par an de 240 €
Assistance à la procréation	150 € par an	150 € par an

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire.
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4 bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.
- (5) Équipement 100 % Santé « Classe A », pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation. Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale). Pour les équipements combinant des verres « 100 % Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13). La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100 % Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux
- (10) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire
- (11) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an
- (12) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100 % Santé » définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (13) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (14) Prothèses hors « 100 % Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- (16) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale
- (17) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
 - Ostéopathe
 - Chiropracteur
 - Homéopathe
 - Psychologue
 - Acupuncteur
 - Diététicien
 - Pédicure-podologueLe praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé. Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (18) S'entend par bénéficiaire et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- (19) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire
- (20) Prothèses auditives relevant du « 100 % Santé » définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- (21) À l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, télé, kit de nuit, blanchisserie ...)
- (22) Le remboursement se fera sur la base de la BR reconstituée comme s'il s'agissait de verres A et ne pourra pas dépasser le PLV.

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
PLV : prix limite de vente
S.S. : Sécurité sociale

