

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

## ANNEXE I – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 1/4

A EFFET DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018

### CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ (quel que soit le régime de Sécurité Sociale [général ou local])

Descriptif des garanties	Prestations
<b>Les remboursements ci-dessous s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité Sociale</b>	
<b>. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>	
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale :</b>	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	<i>Établissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR <i>Établissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	<i>Établissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR <i>Établissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	<i>Établissements conventionnés :</i> 100 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR <i>Établissements non conventionnés :</i> 80 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité) <sup>(3)</sup>	2 % du PMSS par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'Accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans <sup>(3)</sup>	1 % du PMSS par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
<b>. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>	
. Consultation, visite d'un généraliste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	200 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	180 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	220 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	200 % de la BR
. Actes médicaux réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	220 % de la BR
. Actes médicaux réalisés par un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	200 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	160 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	160 % de la BR
. Forfait acte lourd	Pris en charge

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

## ANNEXE I – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 2/4

### CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

. Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisées par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	190 % de la BR
. Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisées par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>	170 % de la BR
<b>. MEDECINE ALTERNATIVE<sup>(4)</sup></b>	
. Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie	<b>30 euros</b> par séance dans la limite de <b>4 séances</b> par an et par bénéficiaire
<b>. PHARMACIE</b>	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
. Traitement anti-tabac sur prescription médicale	100 euros par an et par bénéficiaire
. Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>. TRANSPORT</b>	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
<b>. OPTIQUE</b>	
. Verres	Selon la grille optique ci-après
. Monture	
. Lentilles prises en charge par la SS	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire, au-delà 100% de la BR
. Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à <b>15 % du PMSS par œil</b>
<b>. DENTAIRE</b>	
. Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170 % de la BR
. Inlays-onlays remboursés par la SS	170 % de la BR
. Inlays core pris en charge par la SS	250 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses	370 % de la BR
. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS : - couronnes et bridges - prothèses dentaires provisoires - réparation ( sauf les réparations à caractère esthétique)	270 euros par acte (maximum 3 par an et par bénéficiaire)
. Orthodontie prise en charge par la SS	300 % de la BR
. Implantologie : - implant - pilier implantaire	- 12 % du PMSS - 8 % du PMSS
<b>Le remboursement du poste implantologie (implant + pilier implantaire) s'entend dans la limite maximale de 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire</b>	

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

## ANNEXE I – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 3/4

### CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

. APPAREILLAGE	
. Orthopédie et autres prothèses	160 % de la BR
. Prothèses auditives	160 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
. Cure Thermale prise en charge par la SS	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. PREVENTION	
. Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170 % de la BR dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
. Dépistage de l'hépatite B	160 % de la BR
. Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30 euros maximum
. Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50 euros par an et par bénéficiaire

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) **OPTAM/OPTAM CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO.

(3) La prise en charge en hospitalisation médicale par l'Institution des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant est limitée à :

- 365 jours,
- 180 jours en cas de séjour en psychiatrie,
- 30 jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,
- 30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique.

(4)

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

**Ticket Modérateur** : différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

**PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année

**SS** = Sécurité Sociale

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

## ANNEXE I – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 4/4

### CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

#### GRILLE OPTIQUE

Grille Optique		Adultes			Enfants de moins de 18 ans		
Verres							
Type de verre	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M*	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M*	
Verre simple foyer, Sphérique							
sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	90 €	330 €	2242457, 2261874	60 €	210 €	
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	110 €	370 €	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	80 €	250 €	
sphère < -10 ou > +10	2235776, 2295896	130 €	410 €	2248320, 2273854	100 €	290 €	
Verres simple foyer, Sphéro-cylindriques							
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	100 €	350 €	2200393, 2270413	70 €	230 €	
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	120 €	390 €	2219381, 2283953	90 €	270 €	
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	140 €	430 €	2238941, 2268385	110 €	310 €	
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	160 €	470 €	2206800, 2245036	150 €	390 €	
Verres multi-focaux ou Progressifs sphériques							
sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	250 €	650 €	2264045, 2259245	170 €	430 €	
sphère < -4 ou > +4	2245384, 2295198	270 €	690 €	2202452, 2238792	190 €	470 €	
Verres multi-focaux ou Progressifs sphéro-cylindriques							
sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	300 €	750 €	2240671, 2282221	200 €	490 €	
sphère < -8 ou > +8	2202239, 2252042	320 €	790 €	2234239, 2259660	220 €	530 €	
Montures	Code LPP	Rembt	1 M*	Code LPP	Rembt	1 M*	
Monture	2223342	150 €	150 €	2210546	90 €	90 €	

\* 2V + 1M (équipement) doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

**La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.**

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le participant.