



# Résumé de garanties

## Régime de base obligatoire

### CCN des Centres d'hébergements et de réinsertion sociale (CHRS)

#### À compter du 01/01/2021

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de base s'agissant des options 1 et 2), dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

#### Abréviations:

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

**BRR**: base de remboursement reconstituée.

**DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée)**: OPTAM / OPTAM-CO: OPTAM: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique.

€: Euro.

**FR**: Frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

**PMSS**: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

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

**TM**: Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).

Garanties	Base obligatoire	Base + Option 1 Facultative	Base + Option 2 Facultative
<b>Hospitalisation</b>			
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>			
<b>Frais de séjour</b>	200 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Honoraires</b>			
<b>Signataires DPTM :</b>			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	220% BR	220% BR	300% BR
<b>Non signataires DPTM :</b>			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	200% BR	200% BR	200% BR
<b>Transport remboursé Ss</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<b>Forfait actes lourds</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<b>Chambre particulière par jour :</b> Conventionnée jour / nuit (avec nuitée) Conventionnée de jour (sans nuitée)	100% FR limité à 2% PMSS limité à 1% du PMSS	100% FR limité à 2% PMSS limité à 1% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS limité à 1,5% PMSS
<b>Personne accompagnante :</b> Conventionnée	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 3% PMSS / jour

Garanties	Base obligatoire	Base + Option 1 Facultative	Base + Option 2 Facultative			
<b>Soins courants</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
<b>Remboursés Ss</b>						
Consultation – visites :						
Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100% BR	100% BR	100% BR			
<b>Spécialistes</b>						
– signataires d'un DPTM	220% BR	220% BR	220% BR			
– non signataires d'un DPTM	200% BR	200% BR	200% BR			
<b>Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)</b>						
– signataires d'un DPTM	170% BR	170% BR	170% BR			
– non signataires d'un DPTM	150% BR	150% BR	150% BR			
<b>Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE)</b>						
– signataires d'un DPTM	150% BR	150% BR	170% BR			
– non signataires d'un DPTM	130% BR	130% BR	150% BR			
<b>Non remboursés Ss</b>						
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire			
<b>Médicaments</b>						
Remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR			
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>						
Remboursée Ss	100% BR	100% BR	100% BR			
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>						
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR			
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR	100% BR	100% BR			
<b>Matériel médical</b>						
Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	200% BR	200% BR	200% BR			
<b>Transport remboursé Ss</b>	100% BR	100% BR	100% BR			
<b>Forfait actes lourds</b>	100% FR	100% FR	100% FR			
<b>Aides auditives</b>						
<b>Aides auditives remboursées Ss,</b> dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment) <sup>(****)</sup>	Équipements 100 % santé <sup>(**)</sup>	Équipements Libres <sup>(***)</sup>	Équipements 100 % santé <sup>(**)</sup>	Équipements Libres <sup>(***)</sup>	Équipements 100 % santé <sup>(**)</sup>	Équipements Libres <sup>(***)</sup>
	100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV	1 700 € par oreille
<b>Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss<sup>(*)</sup></b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

(\*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

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

(\*\*\*) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(\*\*\*\*) Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

Garanties	Base obligatoire				Base + Option 1 Facultative		Base + Option 2 Facultative	
-----------	------------------	--	--	--	--------------------------------	--	--------------------------------	--

## Dentaire

### Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR				100% BR		100% BR			
<b>Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss :</b>	Panier 100% santé	Panier maîtrisé(*)	Panier libre	Panier maîtrisé	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés(*) et libres	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés(*) et libres		
Dents du sourire(**) (incisives, canines, prémolaires)	100%FR (dans la limite des HLF)	250% BR	125% BR	Dans la limite de 900 € (Hors reste à charge 0) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125%BR)	100% FR (dans la limite des HLF)	325% BR	100% FR (dans la limite des HLF)	450% BR	Dans la limite de 1450 € (Hors reste à charge 0) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125%BR)	
Dents de fond de bouche		220% BR				250% BR				350% BR
Inlays-core		150% BR				200% BR				200% BR
Inlays/onlays	Néant	100% BR	100% BR	-	Néant	100% BR	Néant	100% BR		
<b>Orthodontie remboursée Ss</b>	300% BR				300% BR		350% BR			
<b>Orthodontie non remboursée Ss</b>	250% BRR				250% BRR		250% BRR			
<b>Prothèses dentaires non remboursées Ss</b>	7% PMSS / an				7% PMSS / an		10% PMSS / an			
<b>Implantologie</b>	20% PMSS / an				22% PMSS / an		25% PMSS / an			

(\*) dans la limite des HLF.

(\*\*) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires.

Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15, 21,22, 23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

## Optique

Équipements (1 monture / 2 verres)	Équipements 100 % santé(**)	Équipements Libres(***)	Équipements 100 % santé(**)	Équipements Libres(***)	Équipements 100 % santé(**)	Équipements Libres(***)
Verres et monture(***)	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 1	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 2

### Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique

Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)(*)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A(*)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
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	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
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 B	100% FR dans la limite des PLV	10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV	10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Garanties	Base obligatoire	Base + Option 1 Facultative	Base + Option 2 Facultative
-----------	------------------	--------------------------------	--------------------------------

#### Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	6,5% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)
Chirurgie réfractive	22% PMSS par année civile, par bénéficiaire	22% PMSS par année civile, par bénéficiaire	25% PMSS par année civile, par bénéficiaire

- (\*) 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.
- (\*\*) 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.
- (\*\*\*) Conditions de renouvellement :
- 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 précédemment 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
  - 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. 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.

#### Actes de prévention

Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR	100% BR	100% BR
--	---------	---------	---------

#### Actes divers

Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
-------------------------------------	---------	---------	---------

# Grille optique

## Grilles Optiques (Sécurité sociale incluse)

	Base		Option 1		Option 2	
	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
<b>Unifocaux (montant par verre)</b>						
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €		75,00 €		90,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €		90,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €		125,00 €		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	40,00 €	100% FR dans la limite des PLV	85,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €		85,00 €		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €		95,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €		110,00 €		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	55,00 €	100% FR dans la limite des PLV	135,00 €	100% FR dans la limite des PLV	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €		135,00 €		140,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €		140,00 €		150,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €		150,00 €		160,00 €
<b>Multifocaux ou progressifs (montant par verre)</b>						
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	160,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €		160,00 €		180,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		175,00 €		200,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		175,00 €		200,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		200,00 €		230,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	115,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €		200,00 €		230,00 €
<b>Montures et autres LPP</b>						
Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		100,00 €		100,00 €