

OBJET :
**Renouvellement de l'assurance
frais de santé**

CAHIER DES CHARGES FRAIS DE SANTÉ

GROUPE HABITAT HAUTS DE France

SEPTEMBRE 2020

SOCIETES CONCERNEES

HABITAT HAUTS DE FRANCE

520 Boulevard du Parc
62231 COQUELLES
Siret : 66175006700117

COPRONORD

520 Boulevard du Parc
62231 COQUELLES
Siret : 30223693000038

HABITAT LOGEMENT IMMOBILIER

520 Boulevard du Parc
62231 COQUELLES
Siret : 41154170900035

CONVENTIONS COLLECTIVES APPLICABLES

HABITAT HAUTS DE France : Personnel des sociétés anonymes et Fondations

COPRONORD : HLM : Personnel des sociétés coopératives

HLI : HLM : Personnel des sociétés coopératives

DEMOGRAPHIE

Tranches d'âges de l'assuré	Assurés			Conjoints		Enfants
	Effectifs	% de Femmes	dont "Sans conjoints"	Effectifs	% avec N°SS	
[20 - 24]	1	100,0%	1	0	-	0
[25 - 29]	11	45,5%	6	5	100,0%	5
[30 - 34]	11	63,6%	2	9	100,0%	16
[35 - 39]	31	58,1%	11	20	100,0%	45
[40 - 44]	30	60,0%	10	20	95,0%	44
[45 - 49]	49	51,0%	15	34	100,0%	68
[50 - 54]	25	56,0%	7	18	100,0%	11
[55 - 59]	30	46,7%	8	22	100,0%	9
[60 - 64]	15	46,7%	4	11	100,0%	1
[65 - 69]	1	0,0%	0	1	100,0%	0
[70 - 74]	1	0,0%	0	1	0,0%	0
Total général	205	53,2%	64	141	98,6%	199

GARANTIES A TARIFER

Les frais engagés sont remboursés, acte par acte, en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, **dans la limite des frais réels**, à concurrence de :

Nature des garanties		Régime obligatoire responsable	Surcomplémentaire non-responsable facultative (en complément du Régime obligatoire responsable)
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
		en complément de la sécurité sociale	
Frais de séjour	Secteur conventionné	100% FR	
	Secteur non conventionné	90% FR (maxi 700 € /jour)	
Honoraires	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné (sauf maternité)	100% FR maxi 400€ BR	
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné (sauf maternité) Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné (sauf maternité)	100% TH + 100% BR	+ 300% BR
Chambre particulière (sauf maternité)		3% PHSS (102,84 €)	
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans à charge fiscalement		1,5% PHSS (51,42 €) limité à 15 jours /hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier		100% FR	
Maternité			
Allocation naissance (doublement en cas de naissance multiple)		12% PHSS (411,36 €)	
Cures thermales			
Prises en charge par la SS (honoraires, traitement thermal, transport à hébergement)		Forfait de 10% PHSS / 1 cure/ an / bénéficiaire (342,80 €)	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste (consultations, visites)	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR	
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	80% BR	+ 20% BR
Médecin spécialiste et neuropsychiatre (consultations, visites)	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR + 100% TM	+ 20% BR
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	200% BR	
Actes techniques dispensés par le praticien	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR + 100% TM	+ 70% BR
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	100% BR + 100% TM	+ 70% BR
Radiographie et échographie	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR	
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	80% BR	+ 20% BR
Honoraires paramédicaux (ex : infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, ergothérapeutes, podologues)		100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	
Transport pris en charge par la sécurité sociale		100% TM	
Médicaments (pris en charge par la sécurité sociale)		100% TH	
Médecine dentaire		100% BR	
Orthopédie, prothèses et appareillages autres que dentaires et auditifs		200% BR	
Dentaire			
Soins dentaires hors Inlay / onlay		100% BR	
Inlay / onlay		250% BR	
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		250% BR	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		300% BR	
Prothèses			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale y compris Inlay core et couronnes transitoires		* Accord Versipren à partir de 4 prothèses et/ou 2500 euros de dépenses	
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature Implantsologie		470% BR * dans la limite de 100% des PLV *	470% BR *
		400% BR	
		Par implant : racine : 400 € - pilier : 100 € (maxi 3 implants / an / bénéficiaire)	
Optique			
Limite de consommation Les limites s'entendent à compter de la date d'achat de dernier équipement		Plafond 100% Santé (y compris Sécurité Sociale)	Plafond Libre (y compris Sécurité Sociale)
Adultes et enfants de 6 à 18 ans : 1 équipement tous les 2 ans, consécutif à l'équipement précédent ou en cas d'obsolescence du dernier visuel		Plafond de 48 ans / 1 équipement tous les ans	Plafond de 48 ans / 1 équipement tous les ans
L'équipement = verres + monture		Valeur de la Sphère (détail du 23 janvier 2019)	
a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à +6 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont 2 S (sphère+ cylindre) ≤ 6		
c - Verres complexes	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphère-cylindrique = 4 et cylindre = 6 et cylindre ≤ 2,25 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) ≤ 6		
f - Verres très complexes	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
b - Verres a à c	b) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
d - Verres a à f	d) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
e - Verres c à f	e) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
Monture			
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale			
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris les lentilles jetables)			
Chirurgie réfractive de l'œil			

Les frais engagés sont remboursés, acte par acte, en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, **dans la limite des frais réels**, à concurrence de :

Nature des garanties		Régime obligatoire responsable	Surcomplémentaire non-responsable facultative (en complément du Régime obligatoire responsable)
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
		en complément de la sécurité sociale	
Frais de séjour	Secteur conventionné	100% FR	
	Secteur non conventionné	90% FR (maxi 700 € /jour)	
Honoraires	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné (sauf maternité)	100% FR maxi 400€ BR	
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné (sauf maternité) Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné (sauf maternité)	100% TH + 100% BR	+ 300% BR
Chambre particulière (sauf maternité)		3% PHSS (102,84 €)	
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans à charge fiscalement		1,5% PHSS (51,42 €) limité à 15 jours /hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier		100% FR	
Maternité			
Allocation naissance (doublement en cas de naissance multiple)		12% PHSS (411,36 €)	
Cures thermales			
Prises en charge par la SS (honoraires, traitement thermal, transport à hébergement)		Forfait de 10% PHSS / 1 cure/ an / bénéficiaire (342,80 €)	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste (consultations, visites)	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR	
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	80% BR	+ 20% BR
Médecin spécialiste et neuropsychiatre (consultations, visites)	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR + 100% TM	+ 20% BR
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	200% BR	
Actes techniques dispensés par le praticien	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR + 100% TM	+ 70% BR
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	100% BR + 100% TM	+ 70% BR
Radiographie et échographie	Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Conventionné	100% BR	
	Médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Secteur Non Conventionné	80% BR	+ 20% BR
Honoraires paramédicaux (ex : infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, ergothérapeutes, podologues)		100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	
Transport pris en charge par la sécurité sociale		100% TM	
Médicaments (pris en charge par la sécurité sociale)		100% TH	
Médecine dentaire		100% BR	
Orthopédie, prothèses et appareillages autres que dentaires et auditifs		200% BR	
Dentaire			
Soins dentaires hors Inlay / onlay		100% BR	
Inlay / onlay		250% BR	
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		250% BR	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		300% BR	
Prothèses			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale y compris Inlay core et couronnes transitoires		* Accord Versipren à partir de 4 prothèses et/ou 2500 euros de dépenses	
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature Implantsologie		470% BR * dans la limite de 100% des PLV *	470% BR *
		400% BR	
		Par implant : racine : 400 € - pilier : 100 € (maxi 3 implants / an / bénéficiaire)	
Optique			
Limite de consommation Les limites s'entendent à compter de la date d'achat de dernier équipement		Plafond 100% Santé (y compris Sécurité Sociale)	Plafond Libre (y compris Sécurité Sociale)
Adultes et enfants de 6 à 18 ans : 1 équipement tous les 2 ans, consécutif à l'équipement précédent ou en cas d'obsolescence du dernier visuel		Plafond de 48 ans / 1 équipement tous les ans	Plafond de 48 ans / 1 équipement tous les ans
L'équipement = verres + monture		Valeur de la Sphère (détail du 23 janvier 2019)	
a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à +6 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont 2 S (sphère+ cylindre) ≤ 6		
c - Verres complexes	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphère-cylindrique = 4 et cylindre = 6 et cylindre ≤ 2,25 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) ≤ 6		
f - Verres très complexes	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
b - Verres a à c	b) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
d - Verres a à f	d) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
e - Verres c à f	e) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -6 à +4 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre = 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont 2 S (sphère+cylindre) > 6		
Monture			
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale			
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris les lentilles jetables)			
Chirurgie réfractive de l'œil			

VOS GARANTIES : GRILLE SANTECLAIR OPTIQUE

SANTÉCLAIR		GARANTIE OPTIQUE PACK CONFORT	
Verre UNIFOCAL Classe B	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU SANTECLAIR* sur le catalogue de tous les verres des 4 ventes de marque sélectionnées par Santéclair	
			HORS RÉSEAU SANTECLAIR garantie par verre (80 lectes)
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 101 - VERRE SIMPLE	0€	
	NIVEAU 302 - VERRE SIMPLE	85 €	
	NIVEAU 105 - VERRE COMPLEXE	110 €	
	NIVEAU 104 - VERRE COMPLEXE	140 €	
	NIVEAU 111 - VERRE COMPLEXE	150 €	
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 112 - VERRE COMPLEXE	190 €	
	NIVEAU 113 - VERRE TRÈS COMPLEXE	230 €	
	NIVEAU 114 - VERRE TRÈS COMPLEXE	280 €	
MONTURE CLASSE B ADULTE ET ENFANT à partir de 36 ans (80 lectes)		100 €	
MONTURE CLASSE B ENFANT de 0 à 15 ans (80 lectes)		80 €	
Prescriptions d'adaptatifs, fibres et appareillages optiques		9€ de reste à charge	
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale		250 € par an (y compris les produits d'entretien) Au-delà de 250€ de forfait modérateur pour les lentilles acceptées	
Chirurgie réfractive de l'œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)		350 € par œil et par bénéficiaire	
		La classe A dans le réseau Santéclair	La classe A hors réseau
		OFFRECLAIR Équipement avec montage Digital France Garantie (jusqu'à 80 montures) et 2 verres de marque anti-UV (selon le besoin de correction visuel) anti-rayons et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaires Santéclair	

* Dans la limite des plannings précisés par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (détail 2015-945 du 11 janvier 2015) et des plannings précisés par le contrat respectif (détail 2015-21 du 11 janvier 2015), en fonction des correcteurs visuels.
 Limite de consommation :
 - Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
 - Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions.

CONDITIONS D'ADHESION A LA SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE

L'assuré peut opter ou non pour l'option surcomplémentaire facultative au moment de son adhésion pour lui-même et ses ayant droits.

L'assuré peut modifier son choix :

- Au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que la demande parvienne à VERSPIEREN au moins 1 mois avant le 1^{er} janvier,
- Le 1^{er} jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage) lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ledit changement.

La modification interviendra le 1^{er} janvier suivant la demande ou le 1^{er} jour du mois qui suit le changement de situation de famille.

COTISATIONS ACTUELLES 2020

Base : cotisation uniforme : 136.76 €

Surcomplémentaire non responsable : cotisation uniforme : 13.36 €

TARIFICATION DEMANDEE

Garanties : identiques au cahier des charges

Cotisations : cotisation uniforme (idem système tarifaire actuel)