

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES SALARIÉS DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX ADHÉRENTS DE LA FEHAP



Votre offre frais de santé au 01/01/2019

LE MONTANT DES PRESTATIONS EST EXPRIMÉ « SÉCURITÉ SOCIALE INCLUSE » SAUF FORFAITS OPTIQUES, DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS ENGAGÉS.

	BASE 1	BASE 2	BASE 3	BASE 4
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE				
Séjours en établissements conventionnés				
· Frais de séjour	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR
· Honoraires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	120% BR	170% BR	250% BR
· Honoraires hors DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
· Chambre particulière par jour	1.25% PMSS	1.25% PMSS	1.75% PMSS	2% PMSS
· Personne accompagnante	non couverte	non couverte	1.75% PMSS	2% PMSS
Séjours en établissements non conventionnés				
· Honoraires	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
· Forfait hospitalier	couverture aux FR	couverture aux FR	couverture aux FR	couverture aux FR
· Forfait actes lourds	couverture aux FR	couverture aux FR	couverture aux FR	couverture aux FR
· Forfait en ambulatoire	0.50% PMSS	0.50% PMSS	0.75% PMSS	1% PMSS
FRAIS MÉDICAUX				
Consultations et visites - Médecins généralistes				
· Médecins signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
· Médecins non signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations et visites - Spécialistes				
· Médecins signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	180% BR	250% BR
· Médecins non signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Pharmacie				
· Remboursée à 30% et 65 % par la SS	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
· Remboursée à 15 % par la SS	non couverte	100% BR	100% BR	100% BR
· Vaccins non remboursés par la SS	non couverte	non couverte	50€	75€
Analyses				
· Analyses	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux				
· Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat)				
· Médecins signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	140% BR	170% BR
· Médecins non signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR
Actes d'imagerie médicale				
· Médecins signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	170% BR
· Médecins non signataires DPTM prévus ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
Transport accepté par la SS				
· Transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médecines douces (Ostéopathie, Ethioopathie, Acuponcteur...)⁽²⁾				
· Médecines douces	non couverte	non couverte	3 x 25€/an/bénéficiaire	3 x 50€/an/bénéficiaire
PROTHÈSES ET ORTHOPÉDIE				
Orthopédie et autres prothèses				
· Orthopédie	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR
Prothèses auditives⁽³⁾				
· Prothèses auditives	100% BR	100% BR	500€/oreille tous les 2 ans	1000€/oreille tous les 2 ans
CURES THERMALES				
Acceptées par la SS/an/bénéficiaire (Hors thalassothérapie)				
· Cures thermales	non couverte	non couverte	100€	200€
PRÉVENTION				
Tous les actes des contrats responsables				
· Actes des contrats responsables	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Ostéodensitométrie osseuse/an				
· Ostéodensitométrie osseuse/an	non couverte	non couverte	30€	50€
Patch anti tabac/an/bénéficiaire				
· Patch anti tabac/an/bénéficiaire	non couverte	non couverte	100€	200€
DENTAIRE - Au-delà de la limite du plafond annuel indiqué pour les prothèses dentaires remboursées, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-2015 du 8 septembre 2014 (125% BR)				
Soins dentaires				
· Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays - Inlays				
· Onlays - Inlays	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR
Orthodontie				
· Acceptée par la SS	125% BR	200% BR	300% BR	350% BR
· Refusée par la SS	non couverte	150€/semestre de soins	300€/semestre de soins	500€/semestre de soins
Prothèses dentaires				
· Prothèses dentaires	500€/an/bénéficiaire	750€/an/bénéficiaire	1000€/an/bénéficiaire	1250€/an/bénéficiaire
· Remboursées par la SS : dents du sourire	200% BR	250% BR	350% BR	450% BR
· Remboursées par la SS : dents de fond de bouche	200% BR	200% BR	300% BR	350% BR
· Inlays-cores	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR
· Non remboursées par la SS ⁽⁴⁾	non couverte	150€/dent 3 fois/an	300€/dent 3 fois/an	500€/dent 3 fois/an
Parodontologie⁽⁴⁾				
· Parodontologie	non couverte	non couverte	300€/dent 3 fois/an	500€/dent 3 fois/an
Implantologie⁽⁴⁾				
· Implantologie	non couverte	non couverte	300€/dent 3 fois/an	500€/dent 3 fois/an

⁽¹⁾ DPTM : les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluent le contrat d'accès aux soins, l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs. ⁽²⁾ Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels. ⁽³⁾ Prise en charge au minimum de 100 % TM. ⁽⁴⁾ Le remboursement des trois dents s'entend pour l'ensemble des quatre forfaits non pris en charge par la Sécurité sociale (hors nomenclature dans la future classification des Actes Médicaux pour le dentaire).

FR : Frais réels **SS** : Sécurité sociale **BR** : Base de remboursement **TM** : Ticket modérateur **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

	BASE 1	BASE 2	BASE 3	BASE 4
OPTIQUE - Équipement verres + monture limité à : 1 par an pour les mineurs et un tous les 2 ans sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel pour les adultes.				
Lunettes moins de 18 ans :				
· Monture	70€	70€	75€	100€
· Verre	de 50€ à 110€	de 50€ à 115€	de 50€ à 130€	de 60€ à 140€
· Lentilles (acceptées, refusée et jetables)	50€/an/bénéficiaire	75€/an/bénéficiaire	150€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
Lunettes à partir de 18 ans :				
· Monture	80€	100€	125€	150€
· Verre	de 65€ à 110€	de 70€ à 140€	de 80€ à 185€	de 90€ à 210€
· Lentilles (acceptées, refusée et jetables)	50€/an/bénéficiaire	75€/an/bénéficiaire	150€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
· Chirurgie réfractive	non couverte	non couverte	500€/œil	1000€/œil
GRILLE OPTIQUE (PAR VERRE)				
ENFANTS < 18 ANS				
Verre Simple Foyer, Sphérique				
· Sphère de -6 à +6	50€	50€	50€	60€
· Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75€	75€	75€	75€
· Sphère <-10 ou >+10	75€	75€	75€	80€
Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique				
· Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	60€	60€	60€	70€
· Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75€	75€	75€	80€
· Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75€	75€	80€	90€
· Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	80€	80€	90€	100€
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique				
· Sphère de -4 à +4	80€	90€	100€	110€
· Sphère <-4 ou >+4	90€	100€	110€	120€
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique				
· Sphère de -8 à +8	100€	110€	120€	130€
· Sphère <-8 ou >+8	110€	115€	130€	140€
ADULTES				
Verre Simple Foyer, Sphérique				
· Sphère de -6 à +6	65€	70€	80€	90€
· Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75€	80€	90€	100€
· Sphère <-10 ou >+10	80€	85€	100€	110€
Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique				
· Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	70€	80€	90€	100€
· Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	80€	90€	100€	110€
· Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	90€	95€	110€	120€
· Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	100€	110€	120€	130€
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique				
· Sphère de -4 à +4	80€	110€	150€	175€
· Sphère <-4 ou >+4	100€	130€	160€	185€
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique				
· Sphère de -8 à +8	100€	135€	175€	200€
· Sphère <-8 ou >+8	110€	140€	185€	210€

