

FRAIS DE SOINS



GARANTIES ET TARIFS 2024

CONTRAT SANTE GROUPE RESPONSABLE
POUR LES ADHERENTS DE LA SECTION RETRAITES FDSEA 28-53-72

		FORMULE 1	FORMULE 2
		FDSEA F1	FDSEA F2
HOSPITALISATION (y compris maternité, hors cure thermique)			
Honoraires	Médecin adhérent OPTAM	170% BR	220% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	150% BR	200% BR
Actes chirurgicaux	Médecin adhérent OPTAM	170% BR	220% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	150% BR	200% BR
Frais de séjour	En établissement conventionné	150% BR	200% BR
	En établissement non conventionné	150% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier		100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour ⁽¹⁾		50 €	50 €
Frais d'accompagnement ⁽¹⁾		30 €	30 €
Transport pris en charge par le RO		100% BR	100% BR
Forfait TV, journaux, téléphone ⁽¹⁾		5 €/jour	5 €/jour
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	170% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	150% BR
Médecin spécialiste	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	170% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	150% BR
Radiologie, Electro radiologie	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	120% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie non pris en charge		50 €	50 €
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux		100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	120% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	100% BR
Matériel médical			
Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)		100% BR	100% BR
Médicaments			
Médicaments - frais pharmaceutiques (dont vaccins) prescrits médicalement et pris en charge par le RO		100% BR	100% BR
Autres soins pris en charge par le régime obligatoire			
Frais de transport médicaux		100% BR	100% BR
Frais thermaux pour les cures acceptées par le régime obligatoire		100% BR + 100 €	100% BR + 125 €
AIDES AUDITIVES			
Prestations jusqu'au 31/12/2020			
Aides auditives pris en charge par le RO		100% BR	100% BR + 300 €
Prestations à partir du 01/01/2021			
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
Equipements 100% santé ⁽²⁾	Pris en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)		
Equipements hors 100% santé adulte (personne âgée de 20 ans et plus)		100% BR	100% BR + 300 €
Equipements hors 100% santé enfant (personne âgée de moins de 20 ans)		100% BR	100% BR + 300 €
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN			
Vaccins prescrits médicalement mais non pris en charge par le RO		50 €	50 €
Actes ou frais d'acupuncture, de chiropraxie, d'étiopathie, d'ostéopathie, de podologie, de pédicure non pris en charge par le RO		4X30 €/an /personne	4X30 €/an /personne
Assistance		Incluse	Incluse
OPTIQUE			
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽³⁾			
Equipements 100% santé ⁽²⁾	Pris en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)		
Equipement hors 100% santé (dont maximum 100 € pour la monture ⁽⁴⁾)			
Equipement à verres unifocaux simples ⁽⁵⁾		175 €	190 €
Equipement comportant un verre unifocal simple et un autre verre ⁽⁶⁾		225 €	225 €
Equipement à verres autres ⁽⁷⁾		262 €	275 €
Dont monture		100 €	100 €
Lentilles correctrices prescrites médicalement prises en charge par le RO, par an et par pers. Assurée		100 €	100 €

OPTIQUE DANS LE RESEAU SEVEANE			
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽³⁾			
Verres sélectionnés ⁽⁶⁾	Prise en charge intégrale de la sélection de verres et traitement		
Monture si verres sélectionnés ⁽⁹⁾		100 €	100 €
Equipement à verres autres et autres frais d'optique	Les montants de prestations prévus dans la rubrique OPTIQUE (hors réseau Sévéane) ci-dessus demeurent applicables		
OPTIQUE AUTRES PRESTATIONS			
Lentilles correctrices prescrites médicalement référencées à la LPP mais non prises en charge par le RO, par an et par personne		100 €	100 €
Traitement des corrections visuelles par chirurgie réfractive, par œil ⁽¹⁰⁾		250 €	350 €
Traitement particulier pour les verres		20 €	30 €
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾	Pris en charge dans le respect des honoraires limites de facturation		
Soins et prothèses hors 100% santé			
- Soins (Hors Inlays/ Onlays)		100% BR	100% BR
- Inlays / Onlays		170% BR	270% BR
- Inlay Core		170% BR	270% BR
- Prothèses prises en charge par le RO		170% BR	270% BR
Prothèses non prises en charge par le RO, par an, par pers. Assurée		170% BR	270% BR
Orthodontie prise en charge par le RO		200% BR	300% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO		-	200 €
Parodontologie non prise en charge par le RO, par an, par pers. Assurée		-	150 €
Implantologie non prise en charge par le RO, par an, par pers. Assurée		100 €	400 €
DENTAIRE DANS LE RESEAU SEVEANE			
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾	Pris en charge dans le respect des honoraires limites de facturation		
Soins et prothèses hors 100% santé			
- Soins (Hors Inlays/ Onlays)		100% FR	100% FR
- Inlays / Onlays		220% BR	320% BR
- Inlay Core		220% BR	320% BR
- Prothèses prises en charge par le RO		220% BR	320% BR
Prothèses non prises en charge par le RO, par an, par pers. Assurée		220% BR	320% BR
Orthodontie prise en charge par le RO		200% BR	300% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO		-	200 €
Parodontologie non prise en charge par le RO, par an, par pers. Assurée		50 €	150 €
Implantologie non prise en charge par le RO, par an, par pers. Assurée		200 €	400 €

Les prestations exprimées en % comprennent le remboursement du RO au titre de l'assurance Maladie ou Maternité dans la limite des frais réels et de celles prévues aux conditions générales.

(1) La prise en charge est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation psychiatrique et neuro psychiatrique

(2) Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale

(3) Et, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés

(4) En cas de renouvellement de la monture seule, le montant de la prestation est fixé à 100€ et limité aux frais réellement engagés

(5) Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

(6) Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

(7) Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

(8) Verres et leur traitement particulier sélectionnés entre l'assureur et les opticiens membres du réseau Sévéane dans la limite pour l'équipement complet des montants minimum et maximum prévus par la réglementation relative au contrat responsable

(9) Ce service de tiers payant s'applique également au forfait journalier des établissements hospitaliers pour son montant fixé dans les conditions prévues à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale.

(10) 2 forfaits par bénéficiaire sur la durée du contrat

Définitions des abréviations

BR: Base de Remboursement définie au conditions générales

OPTAM: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR:Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO

TM: Ticket Modérateur défini au conditions générales

RbtSS: Remboursement du RO

RO: Régime Obligatoire de protection sociale défini au conditions générales

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 377 € pour l'année 2019.

LPP: Liste des Produits et Prestations établie par le RO