

FRAIS DE SOINS



GARANTIES ET TARIFS 2025

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 chiropractie, 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 € |
| Équipement 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