

Tableau des garanties

CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (FEHAP)

Régime surcomplémentaire

Option 1

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime complémentaire de base souscrit au contrat, 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

DPTM (Dispositifs 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 application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

Hospitalisation

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité		
Frais de séjour	+ 100 % BR	Néant
Honoraires		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 120 % BR + 100 % BR Néant
Chambre particulière (y compris en ambulatoire)	+ 2 % du PMSS par jour	
Frais d'accompagnement		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	1,5 % du PMSS par jour	

Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux		
Remboursés SS		
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 100 % BR + 80 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 70 % BR + 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 45 % BR + 25 % BR
Non remboursés SS		
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, diététicien, psychologue et psychomotricien pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	25 € pas acte limité à 3 actes par année civile	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ 100 % BR	

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements libres (*)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	+ 617 € (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	+ 300 € (**)	

(*) 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 la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base souscrit au contrat et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Prothèses		
Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	Néant	
Inlay core	+ 25 % BR dans la limite des HLF (**)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (****) - Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) - Dents du fond de bouche (molaires)	+ 125 % BR dans la limite des HLF (**) + 50 % BR dans la limite des HLF (**)	
Panier libre (***)		
Inlay, onlay	Néant	
Inlay core	+ 25 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (****) - Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) - Dents du fond de bouche (molaires)	+ 125 % BR + 50 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 175 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 7 % PMSS par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 22 % du PMSS par année civile	
Orthodontie	250 % BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(**) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base souscrit au contrat et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(****) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(*****) Dans la limite de 3 prothèses par année civile.

Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements libres (*)		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	+ 20 €	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (**)	+ 20 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 55 € par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 55 € par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 22 % du PMSS par année civile	

(*) 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 de l'équipement :
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 à l'alinéa précédent 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

Grille optique « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Code de regroupement	Verres Simples / Complexes / Très complexes	Remboursement	
					Montant en € par verre (**)	
					Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	VU1	Simples	10 €	5 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	VU4	Complexes	30 €	10 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	VU2	Simples	15 €	5 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	VU3		25 €	Néant
		SPH > 0 et S > + 6	VU7	Complexes	50 €	45 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	VU6		45 €	30 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	VU5		45 €	30 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	VM1	Complexes	80 €	35 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	VM4	Très complexes	80 €	45 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	VM2	Complexes	75 €	45 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	VM3		75 €	45 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	VM5	Très complexes	80 €	45 €
		SPH > 0 et S > + 8	VM7		90 €	55 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	VM6		90 €	55 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base souscrit au contrat et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).