

Garanties du régime frais de santé FEHAP



Les montants des prestations sont exprimés y compris Sécurité sociale.

	Base 1	Base 2	Base 3	Base 4
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de médecins généralistes				
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM)*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM)*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations / Visites de médecins spécialistes				
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	125 % BR	180 % BR	250 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires				
Sages-femmes	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques (hors radiologie)				
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	140 % BR	170 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Radiologie				
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	125 % BR	170 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptiques remboursés par la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses - Actes de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments				
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale dont sevrage tabagique	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale	RSS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursés par la Sécurité sociale à 70 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecines douces				
Ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue, podologue, pédicure, acupuncteur, étiope, microkinésithérapeute, réflexologue, sophrologue non remboursés par la Sécurité sociale **	-	-	3 x 25 € / année civile / bénéficiaire	3 x 50 € / année civile / bénéficiaire
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	50 € / année civile / bénéficiaire	75 € / année civile / bénéficiaire
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	30 € / année civile / bénéficiaire	50 € / année civile / bénéficiaire
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (hors thalassothérapie)				
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires			RSS + 100 € / année civile / bénéficiaire	RSS + 200 € / année civile / bénéficiaire
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	RSS	RSS		
Frais d'hébergement				
Transport				
Frais de transport (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical				
Prothèses médicales, accessoires et pansements, petit et grand appareillage, véhicules pour handicapé, orthopédie, prothèses capillaires et prothèses mammaires externes remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Autre				
Patch anti-tabac non remboursé par la Sécurité sociale	-	-	100 €	200 €

* Le remboursement par la Mutuelle ou par l'institution de prévoyance des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

La Mutuelle ou l'institution de prévoyance ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

** La mutuelle ou l'institution de prévoyance intervient pour les consultations non remboursées par la Sécurité sociale et réalisées par un praticien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

Garanties du régime frais de santé FEHAP



Les montants des prestations
sont exprimés y compris Sécurité sociale.

	Base 1	Base 2	Base 3	Base 4
HOSPITALISATION				
Honoraires				
Médecins conventionnés par la Sécurité sociale ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 % BR	120 % BR	170 % BR	250 % BR
Médecins conventionnés par la Sécurité sociale n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecins non conventionnés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hébergement et frais de séjour				
Frais de séjour	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Chambre particulière dans un établissement conventionné				
En court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, maternité), en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie (avec nuitée)	1,25 % PMSS / nuitée	1,25 % PMSS / nuitée	1,75 % PMSS / nuitée	2 % PMSS / nuitée
Ambulatoire (sans nuitée)	0,50 % PMSS / jour	0,50 % PMSS / jour	0,75 % PMSS / jour	1 % PMSS / jour
Chambre particulière conventionnée pour personne accompagnante	-	-	1,75 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour

*Le remboursement par la Mutuelle ou par l'institution de prévoyance des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.
La Mutuelle ou l'institution de prévoyance ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

DENTAIRE				
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*				
Couronne définitive (sur toute dent)	Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics à partir du 1 ^{er} janvier 2020			
Inlay core				
Bridge dento-porté				
Couronne transitoire dento-portée	Remboursement total de la dépense engagée pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics à partir du 1 ^{er} janvier 2021			
Appareil amovible résine				
Réparations sur appareil amovible résine				
Soins et prothèses hors panier 100% Santé				
Soins				
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Prothèses				
Prothèses fixes ou amovibles remboursées par la Sécurité sociale y compris couronne sur implant				
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale sur dent visible (incisive, canine et prémolaire)	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale sur dent non visible (molaire)	200 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Inlay core	125 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Plafond global pour prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et l'inlay core remboursé par la Sécurité sociale (après consommation du plafond global, remboursement à 125 % BR y compris RSS)	500 € / année civile / bénéficiaire	750 € / année civile / bénéficiaire	1000 € / année civile / bénéficiaire	1250 € / année civile / bénéficiaire
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	-	150 € / dent / x3 / an	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Orthodontie				
Traitements remboursés par la Sécurité sociale				
Examens préalables au traitement, traitement actif et traitement de contention	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale				
Examens préalables au traitement, traitement actif et traitement de contention	-	150 € / semestre de soins	300 € / semestre de soins	500 € / semestre de soins
Implantologie				
Implant (hors couronne sur implant)	-	-	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Parodontie				
Parodontie	-	-	300 € / séance / x3 / an	500 € / séance / x3 / an

* Tel que défini réglementairement

Garanties du régime frais de santé FEHAP



Les montants des prestations sont exprimés y compris Sécurité sociale.

		Base 1	Base 2	Base 3	Base 4
OPTIQUE					
Equipements (monture et verres) entrant dans le panier 100% Santé remboursés totalement*					
Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics à partir du 1 ^{er} janvier 2020 (100% PLV)		
		≥ 16 ans			
Forte correction (catégorie c)	< 16 ans				
	≥ 16 ans				
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans			
		≥ 16 ans			
Forte correction (catégorie f)	< 16 ans				
	≥ 16 ans				
Monture (classe A)		< 16 ans			
		≥ 16 ans			
Equipements (monture et verres) hors panier 100% Santé * (classe B)		Voir grille optique Base 1	Voir grille optique Base 2	Voir grille optique Base 3	Voir grille optique Base 4
Lentilles de contact correctrices**					
Remboursées par la Sécurité sociale					
Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait		RSS + 50 € / année civile / bénéficiaire	RSS + 75 € / année civile / bénéficiaire	RSS + 150 € /année civile / bénéficiaire	RSS + 250 € / année civile / bénéficiaire
Non remboursées par la Sécurité sociale					
Autres prestations optiques					
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale		-	-	500€/œil /bénéficiaire	1000€/œil /bénéficiaire
Prestations d'adaptation et d'appairage, suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

* Tel que défini réglementairement :

Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire de moins de 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, à partir de la date de facturation selon règlementation en vigueur.

Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de moins de 16 ans à partir de la date de facturation.

Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes mentionnées ci-dessus pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

** Au-delà du forfait de remboursement en euros, remboursement du TM.

AIDES AUDITIVES

Aides auditives - Equipement 100% Santé, remboursés totalement* - Classe I				
Bénéficiaire de 20 ans et moins ou Bénéficiaire atteint de cécité	01/01/2020 : 100 % BR A partir du 01/01/2021 : remboursement total de la dépense engagée pour une aide auditive et des tarifs définis par les pouvoirs publics (100 % PLV)			
Bénéficiaire de plus de 20 ans	01/01/2020 : 100% BR A partir du 01/01/2021 : remboursement total de la dépense engagée pour une aide auditive et des tarifs définis par les pouvoirs publics (100 % PLV)			
Aides auditives - Equipement à tarif libre* - Classe II**				
Bénéficiaire de 20 ans et moins ou bénéficiaire atteint de cécité	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Bénéficiaire de plus de 20 ans	100 % BR	100% BR	500 € / oreille	1000 € / oreille
Forfait annuel accessoires par oreille				
Piles, écouteurs, microphones et embouts	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

* Tel que défini réglementairement

Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de délivrance quel que soit l'âge du bénéficiaire.

** A compter du 1^{er} janvier 2021, le remboursement de la classe II est réglementairement plafonné à 1 700 € /oreille.

BR : Base de remboursement Sécurité sociale

PLV : Prix limite de vente

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, valeur au 1^{er} janvier 2020 : 3 428 €

RSS : Remboursement Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

- Pour les médecins adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO : il n'y a pas de plafond applicable mais la prise en charge devra au moins être supérieure de 20% à celle des médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO,

- Pour les médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO : la prise en charge ne pourra excéder 100% du tarif de responsabilité.

Grilles Optiques

Les remboursements s'entendent par verre

	Type de verre – Code de regroupement 2020	Base 1		Base 2		Base 3		Base 4		
		Assuré < 16 ans	Assuré ≥ 16 ans	Assuré < 16 ans	Assuré ≥ 16 ans	Assuré < 16 ans	Assuré ≥ 16 ans	Assuré < 16 ans	Assuré ≥ 16 ans	
SIMPLE	UNIFOCAUX	VU1 verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	50 €	65 €	50 €	70 €	50 €	80 €	60 €	90 €
		VU2 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	60 €	70 €	60 €	80 €	60 €	90 €	70 €	100 €
		VU3 verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	60 €	75 €	60 €	85 €	60 €	90 €	75 €	100 €
COMPLEXE	UNIFOCAUX	VU4 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	75 €	80 €	75 €	85 €	75 €	100 €	80 €	100 €
		VU5 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	75 €	90 €	75 €	90 €	80 €	100 €	90 €	110 €
		VU6 verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries	75 €	90 €	75 €	95 €	80 €	110 €	90 €	120 €
		VU7 verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	80 €	100 €	80 €	110 €	90 €	120 €	100 €	130 €
TRÈS COMPLEXE	MULTIFOCAUX	VM1 verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	80 €	80 €	90 €	110 €	100 €	150 €	110 €	175 €
		VM2 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	90 €	100 €	100 €	110 €	110 €	160 €	120 €	185 €
		VM3 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	90 €	100 €	100 €	130 €	110 €	160 €	120 €	185 €
		VM4 verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	100 €	100 €	110 €	135 €	120 €	175 €	130 €	200 €
		VM5 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	100 €	100 €	110 €	135 €	120 €	175 €	130 €	200 €
		VM6 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	110 €	110 €	115 €	140 €	130 €	185 €	140 €	210 €
		VM7 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	110 €	110 €	115 €	140 €	130 €	185 €	140 €	210 €
Monture		70 €	80 €	70 €	100 €	75 €	100 €	100 €	100 €	

Réalisation : Agence interne de communication Groupe VYV - 12/2019 - Crédits photos © Gettyimages - Document non contractuel

Taux de cotisation des actifs

(En % du PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

**L'employeur doit souscrire la base conventionnelle obligatoire (Base 1) il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à une option pour l'ensemble des salariés (Base 2, Base 3 ou Base 4).
Le salarié a la possibilité d'étendre à ses ayants droit et/ou améliorer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.**

TARIFS 2020 En % du PMSS	Régime Général			Régime Local		
	Salarié	Conjoint Facultatif salarié	Enfant*	Salarié	Conjoint Facultatif salarié	Enfant*
Base 1 OBLIGATOIRE	0,96%	1,06%	0,60%	0,56%	0,72%	0,42%
Pour accéder au niveau « Base 2 »	0,54%	0,54%	0,31%	0,54%	0,54%	0,31%
Pour accéder au niveau « Base 3 »	1,08%	1,08%	0,70%	1,08%	1,08%	0,70%
Pour accéder au niveau « Base 4 »	1,65%	1,65%	1,07%	1,65%	1,65%	1,07%
Base 2 OBLIGATOIRE	1,44%	1,56%	0,91%	1,03%	1,19%	0,72%
Pour accéder au niveau « Base 3 »	0,45%	0,45%	0,29%	0,45%	0,45%	0,29%
Pour accéder au niveau « Base 4 »	0,95%	0,95%	0,62%	0,95%	0,95%	0,62%
Base 3 OBLIGATOIRE	1,89%	2,01%	1,20%	1,47%	1,63%	1,01%
Pour accéder au niveau « Base 4 »	0,50%	0,50%	0,33%	0,50%	0,50%	0,33%
Base 4 OBLIGATOIRE	2,35%	2,46%	1,50%	1,92%	2,08%	1,29%

* Gratuité à compter du 3^e enfant

Chorum Conseil, distributeur :

SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1539000 € - RCS Nanterre 833426851 - Répertoire Orias 17007320.
Siège social: 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff. Responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances, sous le contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest 75436 Paris (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application des dispositions de l'article L.520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande Capital social détenu à hauteur de 97% par VYV Invest dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro Siren 839314242. Réclamation: Chorum Conseil - Service réclamation - 4-8, rue Gambetta - 92240 Malakoff. Médiation: le médiateur de l'assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par La médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Harmonie Mutuelle, assureur, gestionnaire et distributeur :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social: 143, rue Blomet 75015 Paris.

MGEN, assureur :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFDIA8FN1325. Siège social: 3, square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15

MGEN SOLUTIONS, gestionnaire et distributeur :

SAS au capital de 1000000 € - RCS Paris 805 290 103 - Courtier en assurances immatriculé à l'Orias sous le numéro 14 007 239. Siège social: 7, square Max Hymans 75015 Paris Cedex