



Établissements
sanitaires, sociaux et
médico-sociaux
adhérents de
la **FEHAP**

La complémentaire santé des salariés
ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES PEP 64
2022



GRC N°111436

VOS GARANTIES SANTE 2022 SALARIES

CCN 51 Etablissements sanitaires et sociaux et médicaux sociaux adhérents de la FEHAP

	BASE CONVENTIONNELLE	Base + OPTION 1 SUR MESURE	Base + OPTION 2 SUR MESURE
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE			
Chirurgie - Hospitalisation (**)			
Conventionnée - Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR
Conventionnée - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	150% BR	200% BR
Conventionnée - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	130% BR	180% BR
Non conventionnées - Honoraires	100% TM	100% BR	100% BR
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels
Forfait actes lourds	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels
Chambre particulière par jour (**)			
Conventionnée	1,25% PMSS / Jour	1,75% PMSS/ Jour	2% PMSS/ Jour
Forfait en ambulatoire	0,50% PMSS / Jour	0,50% PMSS/ Jour	20€/ Jour
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	10€/ jour	40€/ Jour
FRAIS MEDICAUX			
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (*)	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations - Visites Généralistes hors OPTAM (*)	100% BR	130% BR	180% BR
Consultations - Visites Spécialiste OPTAM (*)	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations - Visites Spécialiste hors OPTAM (*)	100% BR	130% BR	180% BR
Médicament remboursée à 65% par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament remboursée à 30% par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament remboursée à 15% par la SS	non couverte	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	130% BR	180% BR
Radiologie OPTAM (*)	100% BR	120% BR	150% BR
Radiologie hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR	130% BR
Transport accepté par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Médecines douces reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels/an/bénéficiaire. Liste des praticiens pris en charge : consultations psychologique, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie, étiothérapie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, pédicure/podologie, équilibre alimentaire-diététique, séances de psychomotricité, naturopathie, aromathérapie et hypnose	non couverte	30€/ séance - 3 séances par an par bénéficiaire	45€/ séance - 3 séances par an par bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	150% BR	200% BR
Véhicules pour handicapé	100% BR	150% BR	200% BR
AIDES AUDITIVES			
Aide Auditive (1) (Renouvellement tous les 4 ans)	100% santé / Classe 2 100% PLV / 100% BR	100% santé / Classe 2 100% PLV / 100% BR + 300€/oreille	100% santé / Classe 2 100% PLV / 100% BR + 700€/oreille
CURES THERMALES			
Acceptée par la Ss / an/bénéficiaire	non couverte	100% BR	100% BR + 8% PMSS
PREVENTION			
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie osseuse /an/bénéficiaire	non couverte	40€/ an	50€/ an
Patch anti tabac /an/bénéficiaire (sevrage tabagique actuellement dans TG)	non couverte	90€/ an	90€/ an
Médicaments non remboursés par la SS	non couverte	30€/ an	40€/ an
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays - Inlays	100% BR	125% BR	150% BR
Orthodontie	125% BR	200% BR	300% BR
- Acceptée par la SS	non couverte	150€/ semestre de soins	250€/ semestre de soins
- Refusée par la SS	non couverte	200€ par prothèse	550€ par prothèse
Prothèses dentaires non remboursées	non couverte	200€/ an	550€/ an
Parodontologie	non couverte	350€/ an	500€/ an
Implantologie	non couverte	Plafond 500€/an/bénéficiaire	
Prothèses dentaires remboursées			
Classes correspondant au 100% SANTE (***)			
- remboursées : dents du sourire	100% santé / Panier modéré / Panier libre 200% BR / 200% BR	100% santé / Panier modéré / Panier libre 300% BR / 300% BR	100% santé / Panier modéré / Panier libre 400% BR / 400% BR
- remboursées : dents de fond de bouche	100% santé / Panier modéré / Panier libre 200% BR / 200% BR	100% santé / Panier modéré / Panier libre 250% BR / 250% BR	100% santé / Panier modéré / Panier libre 300% BR / 300% BR
- inlays-cores	100% santé / Panier modéré / Panier libre 125% BR / 125% BR	100% santé / Panier modéré / Panier libre 175% BR / 175% BR	100% santé / Panier modéré / Panier libre 250% BR / 250% BR
OPTIQUE (3)			
Classes correspondant au 100% SANTE (***)			
Monture	100% PLV / Grille 1	100% PLV / Grille 2	100% PLV / Grille 3
Verres	100% BR + 50€/an/bénéficiaire	100% BR + 130€/ an/ bénéficiaire	100%BR + 200€/ an/ bénéficiaire
Lentilles (acceptées, refusées et jetables) adulte	non couverte	200€/ œil	350€/ œil
Chirurgie réfractive	souscrite	souscrite	souscrite
ASSISTANCE SANTE	non couverte	souscrit	souscrit
CAPITAL DECES (-)	non couverte	souscrit	souscrit

(*) OPTAM/OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée/Option pratique tarifaire maîtrisée-Chirurgie obstétrique) : remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) à compter du 1er janvier 2017. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM-CO.

(**) Y compris la maternité

(***) Classe A / Classe 1 / Plan santé : Prix limite de vente pour le panier 100% Santé. Classe B / Classe 2 / Panier modéré : Prix limite de vente hors panier 100% santé.

Les plafonds de remboursement fixés forfaitairement en euros de la Classe B / Classe 2 pour l'aide auditive, les prothèses dentaires remboursées et l'optique s'entendent y compris remboursement de la Sécurité Sociale.

(1) : Prise en charge au minimum de 100% du ticket modérateur. Pour l'année 2020, le remboursement du renouvellement d'un équipement auditif par oreille n'est possible qu'au-delà d'un délai de 2 ans. A compter du 1er janvier 2021, conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, le remboursement du renouvellement d'un équipement auditif par oreille n'est possible qu'au-delà d'un délai de 4 ans. A compter du 1er janvier 2021, le remboursement de la Classe 2 est réglementairement plafonné à 1700€ / oreille.

(2) : Le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires remboursées dans la limite du plafond indiqué par an et par bénéficiaire, au-delà le remboursement devra respecter le minimum du panier de soins : 125% BR. Les remboursements du Panier modéré s'entendent dans la limite des prix limites de vente

(3) : Les grilles optiques prévoient des remboursements « par verre ». Conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai d'1an pour les assurés de moins de 16 ans, de 2 ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur - et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La période de renouvellement de l'équipement pour les assurés âgés de 16 ans et plus est réduite à 1 an en cas de renouvellement complet (verres + montures) justifié médicalement par une évolution de la vue. Le délai d'1 an n'est pas opposable aux assurés de moins de 16 ans en cas de renouvellement des verres justifié médicalement par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien-ne en application de l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(4) : Au-delà du forfait de remboursement en euros, remboursement du TM

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou de la franchise médicale).

PLV : prix limites de vente

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale

(-) Décès de l'adhérent, du conjoint ou d'un enfant >12 ans : versement d'une allocation égale égale à un PMSS. Allocation doublée si décès accidentel, triplé si accident de la circulation. Allocation de base majorée de 25% par enfant à charge (maxi 4 enfants). Décès d'un enfant <12 ans : participation aux frais d'obsèques réellement engagés dans limite de 914,69€

Grille optique 2022

				BASE		Base + Option 1		Base + Option 2	
				Grille 1		Grille 2		Grille 3	
		Code de regroupement 2020		Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
Simple	Unifocaux	VU1	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et +6,00 dioptries	50 €	65 €	60 €	70 €	65 €	100 €
		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 €	70 €	65 €	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 €	75 €	65 €	100 €
Complexe	Unifocaux	VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à +6,00 dioptries	75 €	80 €	100 €	100 €	160 €	160 €
		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 €	100 €	100 €	160 €	160 €
		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 dioptrie	75 €	90 €	100 €	100 €	160 €	160 €
		VU7	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	80 €	100 €	100 €	120 €	160 €	160 €
	Multifocaux	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et +4,00 dioptries	80 €	80 €	100 €	120 €	160 €	160 €
		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 €	120 €	160 €	160 €
		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 €	120 €	160 €	160 €
Très complexe	Multifocaux	VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à +4,00 dioptries	100 €	100 €	100 €	120 €	160 €	160 €
		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 €	100 €	120 €	160 €	160 €
		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 €	110 €	210 €	160 €	300 €
		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 €	110 €	210 €	160 €	300 €
MONTURE				70 €	80 €	75 €	90 €	80 €	100 €

COTISATIONS MENSUELLES 2022

L'employeur souscrit le régime de BASE conventionnelle obligatoire et participe à la hauteur de 50% minimum de la cotisation du salarié soit **0.48% PMSS** (16.46 € en valeur 2022).

Chaque salarié a ensuite la possibilité de renforcer sa couverture de manière facultative en souscrivant une option au choix (OPTION 1 ou OPTION 2), et d'étendre sa propre couverture à ses ayants droit*.

	BASE CONVENTIONNELLE	OPTION 1	OPTION 2
Salarié	0.96% PMSS 32.91 €	+ 0.28% PMSS	+ 0.69% PMSS
Conjoint	1.06% PMSS 36.34 €	+ 0.30% PMSS	+ 0.76% PMSS
Enfant Gratuité à compter du 3ème enfant	0.60% PMSS 20.57 €	+ 0.17% PMSS	+ 0.44% PMSS

Les cotisations mensuelles du régime de BASE conventionnel sont exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) 3 428 € en 2022. Elles incluent la portabilité des droits.

* Sont considérés comme ayants droit :

- Le conjoint du salarié (marié, concubin ou partenaire lié par un PACS).
- Les enfants du salarié et ceux de son conjoint s'ils sont à charge au sens de la législation sociale et ce jusqu'à 26ans.

LES CAS DE DISPENSES D'ADHESION DU SALARIE:

Les salariés et les apprentis sous contrat à durée déterminée d'une durée de moins de douze mois,

Les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée d'une durée de douze mois et plus sous réserve d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,

Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ACS,

Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10% de leur rémunération brute,

Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (valable jusqu'à l'échéance annuelle uniquement),

Les salariés bénéficiant en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective frais de santé dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire (à condition que l'adhésion des ayants droit soit obligatoire).

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Lien de parenté - (2) Rang de naissance - (3) Télétransmission des décomptes : cocher "oui" ou "non"

IMPORTANT :

Votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs est-il déjà affilié à un contrat frais de santé par un autre organisme assureur : oui non

Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé après votre affiliation. Les personnes inscrites sur la Carte vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie ni du tiers payant, tout en conservant cependant le droit aux remboursements complémentaires. En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Adherent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale Releve IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant Enfant de moins de 26 ans, étudiant nt.
Enfant de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance Photocopie du dernier bulletin de salaire Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

FORMALITES

Fait à.....

le

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez demander la communication et la rectification de toute information vous concernant qui figure sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. Vous pouvez exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Mutuel, 125 avenue de Paris - 93227 Châtillon cedex ou à l'organisme ayant recueilli l'adhésion de votre entreprise.

Mutuelle OCIANE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Sirep sous le numéro 434 243 085
8 Terrasse du Front du Médoc 33054 Bordeaux Cedex

À RETOURNER A :

service Ressources Humaines
P.E.P 64 Billères

