

DOCUMENT DE TRAVAIL – REGLEMENT FONDS SOCIAL

Exemple d'application sur la base des fonds présentés au comité de janvier 2024

Fonds N°1 – dentaire remboursé et non remboursé SS

OBJET DE LA DEMANDE
L'assurée doit faire réaliser des travaux d'implants dentaires dont le montant total s'élèverait à 1 970 €. Après remboursement de la Sécurité Sociale et du régime il resterait à sa charge la somme de 1 540€.
L'assurée demande une aide exceptionnelle au Comité Paritaire de Gestion.

Les règles proposées permettraient de rembourser presque la moitié du reste à charge lié aux actes dentaires non remboursés par la SS et le RPC (notamment implant) ou avec reste à charge élevé (couronne sur implant).

Fonds N°	1
QF	2 420,54
RAC minimum	468 €
Remboursement selon règles	700 €

Fonds N° 1	Code	Remboursé SS
POSE 1 IMPLANT	LBLD015	NON
POSE COURONNE DENTAIRE IMPLANT	HBLD418	OUI
CONE BEAM	LAQK027	NON

	Frais réel	BR	RSS	RPC	RS	CPL	HDS	RAC	Prix de référence	Remboursement maximum fonds social	Règle à appliquer
	1 245,00 €	422,18 €	0,00 €	0,00 €				1 245,00 €	1055,5	527,725	Règle 2
	595,00 €	107,50 €	75,25 €	354,75 €				165,00 €	595	107,5	Règle 1
	130,00 €	69,00 €	0,00 €	0,00 €				130,00 €	130	65	Règle 2
Total	1 970,00 €	598,68 €	75,25 €	354,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1 540,00 €	1 780	700,23 €	

Fonds N°2 - dépassement d'honoraires non OPTAM

OBJET DE LA DEMANDE
L'assurée a subi une intervention chirurgicale en mars 2023, visant à retirer une hernie discale qui entraînait une paralysie de la jambe par forte compression du nerf sciatique. Le montant total des honoraires chirurgicaux et d'anesthésie ainsi que des frais hospitaliers s'élève à 2 156,96€, et après remboursement de la Sécurité sociale et du régime, il reste à sa charge la somme de 888,73€.
L'assurée demande une aide exceptionnelle au Comité Paritaire de Gestion.

Le reste à charge étant lié à des dépassements d'honoraires non OPTAM, les règles proposées dans le règlement conduisent à une intervention égale à 0.

Fonds N°	2
QF	1 480,88
RAC minimum	146 €
Remboursement selon règles	0 €

Fonds N° 2	Code	Remboursé SS
FRAIS HOSPITALISATION		NON
FRAIS DIVERS HOSPITALISATION		OUI
HONORAIRES CHIRURGIEN NON OPTAM		OUI
HONORAIRES ANESTHESISTE NON OPTAM		OUI

	Frais réel	BR	RSS	RPC	RS	CPL	HDS	RAC	Prix de référence	Remboursement maximum fonds social	Règle à appliquer
	84,00 €		0,00 €	84,00 €				0,00 €	-	0	Règle 4
	61,69 €	61,69 €	61,69 €	0,00 €				0,00 €	61,69	0	Règle 1
	1 367,53 €	367,53 €	367,53 €	367,53 €				632,47 €	1367,5	0	Règle 1
	643,74 €	193,74 €	193,74 €	193,74 €				256,26 €	643,74	0	Règle 1
Total	2 156,96 €	622,96 €	622,96 €	645,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	888,73 €	2 073	0,00 €	

Fonds N°3 – lunettes (verres et monture classe B = hors 100% santé)

OBJET DE LA DEMANDE
L'assurée a fait réaliser une paire de lunettes de vue avec une monture adaptée au port de ses prothèses auditives dont le montant total des verres s'élève à 810€ (coût de la monture : 259€) et après remboursement de la Sécurité sociale et du régime, il reste à sa charge la somme de 210€.
L'assurée demande une aide exceptionnelle au Comité Paritaire de Gestion.

L'application des règles proposées ne prévoit pas d'intervention sur les verres et monture classe B (hors 100% santé).

Fonds N°	3
QF	1 723,25
RAC minimum	211 €
Remboursement selon règles	0 €

Prix de référence	Remboursement maximum fonds social	Règle à appliquer
0,30	0	Règle 1
0,30	0	Règle 1
0,30	0	Règle 1
1	0,00 €	

Fonds N° 3	Code	Remboursé SS
VERRE UNIFOCAL CLASSE B ŒIL DROIT		Oui
VERRE UNIFOCAL CLASSE B ŒIL GAUCHE		Oui
MONTURE		Oui

	Frais réel	BR	RSS	RPC	RS	CPL	HDS	RAC
	405,00 €	0,05 €	0,03 €	164,97 €		135,00 €		105,00 €
	405,00 €	0,05 €	0,03 €	164,97 €		135,00 €		105,00 €
	259,00 €	0,05 €	0,03 €	59,97 €		40,00 €		159,00 €
Total	1 069,00 €	0,15 €	0,09 €	389,91 €	0,00 €	310,00 €	0,00 €	369,00 €

Fonds N°4 – dentaire remboursé et non remboursé SS

OBJET DE LA DEMANDE
L'assuré doit faire réaliser des travaux d'implants et de prothèses dentaires dont le montant total s'élèverait à 14 318,92€. Après remboursement de la Sécurité Sociale et du régime il resterait à sa charge la somme de 6 594,43€.
L'assuré demande une aide exceptionnelle au Comité Paritaire de Gestion.

Les règles proposées permettraient une intervention de 423 € sur un reste à charge de 6 594 €. Le faible taux d'intervention est lié aux frais réels qui sont élevés par rapport au prix de référence retenus et au bon niveau de remboursement SS + RPC + complémentaire.

Fonds N°	4
QF	1 908,04
RAC minimum	270 €
Remboursement selon règles	423 €

Fonds N° 4	Code	Remboursé SS
PROTHESE AMOVIBLE TRANSITOIRE	HBLD148	OUI
AVULSION DE 10 DENTS PERMANENTES	HBGD064	OUI
OSTEOPLASTIE ADDITIVE DE L'ARCADE ALVEOLAIRE HN	HBBA003	NON
5 IMPLANTS HN	LBLD020	NON
FRAIS DE SALLE OPERATION HN		NON
DEGAGEMENT ET ACTIVATION DE 5 IMPLANTS INTRAOSSEUX HN	LAPB005	NON
PROTHESE DENTAIRE COMPLETE TRANSVISSEE IMPLANTOPORTEE		OUI

Frais réel	BR	RSS	RPC	RS	CPL	HDS	RAC	Prix de référence	Remboursement maximum fonds social	Règle à appliquer	
450,00 €	129,00 €	77,40 €	372,60 €		0,00 €		0,00 €	450	0	Règle 1	
183,92 €	183,92 €	183,92 €	0,00 €		0,00 €		0,00 €	183,92	0	Règle 1	
300,00 €	85,69 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €		300,00 €	214	107,1125	Règle 2	
7 050,00 €	1 876,82 €	0,00 €	0,00 €		6 048,90 €		1 001,10 €	4 692	0	Règle 2	
50,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €		50,00 €	50	30	Règle 5	
385,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €		385,00 €	385	231	Règle 5	
5 900,00 €	182,75 €	109,65 €	603,08 €		328,94 €		4 858,33 €	1096,5	54,83	Règle 1	
Total	14 318,92 €	2 458,18 €	370,97 €	975,68 €	0,00 €	6 377,84 €	0,00 €	6 594,43 €	7 072	422,94 €	

Fonds N°5 – dentaire remboursé et non remboursé SS

OBJET DE LA DEMANDE
L'assurée doit faire réaliser des travaux d'implants et de prothèses dentaires dont le montant total s'élèverait à 5 550€. Après remboursement de la Sécurité Sociale et du régime il resterait à sa charge la somme de 2 169,75€.
L'assurée demande une aide exceptionnelle au Comité Paritaire de Gestion.

Les règles proposées permettraient de rembourser plus de la moitié du reste à charge après RPC et RS.

Fonds N°	5
QF	2 099,50
RAC minimum	340 €
Remboursement selon règles	1 396 €

Fonds N° 5	Code	Accepté SS
3 implants		
Couronne sur implant		
Couronne sur implant		
Couronne sur implant		

	Frais réel	BR	RSS	RPC	RS	CPL	HDS	RAC
	3 600,00 €	1 149,50 €	0,00 €	0,00 €	1 800,00 €	0,00 €		1 800,00 €
	650,00 €	107,50 €	64,50 €	354,75 €	107,50 €	0,00 €		123,25 €
	650,00 €	107,50 €	64,50 €	354,75 €	107,50 €	0,00 €		123,25 €
	650,00 €	107,50 €	64,50 €	354,75 €	107,50 €	0,00 €		123,25 €
Total	5 550,00 €	1 472,00 €	193,50 €	1 064,25 €	2 122,50 €	0,00 €	0,00 €	2 169,75 €

Prix de référence	Remboursement maximum fonds social	Règle à appliquer
2 874	1073,75	Règle 2
645	107,50 €	Règle 1
645	107,50 €	Règle 1
645	107,50 €	Règle 1
4 809	1 396,25 €	

ANNEXES – RAPPEL DES REGLES ET SIMPLIFICATIONS POSSIBLES

			Prix de référence	Proposition d'intervention du fonds social	Précision
Règle 1	Règle a	Actes ou prestations de soins de santé remboursés par la Sécurité sociale (et par le RPC) mais avec un reste à charge élevé	600% BR dans la limite du plafond du contrat responsable et des frais réels;	1 fois la BR dans la limite du reste à charge calculé en plafonnant les frais réels au prix de référence	
Règle 2	Règle b	Actes ou prestations de soins de santé non remboursés par la Sécurité sociale mais pour lesquels il existe une base de remboursement SS	250% BR dans la limite des frais réels	50% du prix de référence dans la limite du reste à charge calculé en plafonnant les frais réels au prix de référence	Pour simplifier et éviter les problèmes de choix des règles entre la règle b et la règle c selon que la BR est connue/ non connue, il est proposé de faire un tableau des actes remboursés selon la règle b avec la BR à prendre en compte (tableau à faire sur la base des fonds présentés sur les 3 dernières années). Pour tous les actes non listés dans le tableau et qui ne sont pas remboursés par la SS ni le RPC, il sera appliqué la règle c. le tableau des actes pour lequel la règle b est à appliquer pourra être mis à jour régulièrement
Règle 5	Règle c	Actes ou prestations de soins de santé non remboursés SS et non remboursés par le RPC pour lesquels il n'y a pas de base de remboursement ou pour lequel la base de remboursement n'est pas connue, hors médecine douce	Frais réel	60% des frais réels plafonné à 300 € par acte dans la limite du reste à charge de chaque acte calculé en plafonnant les frais réels au prix de référence	
Règle 3	Autre cas non visé par les règles a, b, c	Notamment - Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, ergothérapie)	0,00 €	0 € dans le cadre du fonds social	Le fonds social est un fonds social pour les reste à charge importants liés à des dépenses de santé. Les demandes qui ne concernent pas des frais de santé ne rentrent pas dans le périmètre du fonds social. Elles sont réorientées si c'est possible vers les autres dispositifs du HDS : aide au aidant, maladie grave, pack ergothérapie/ psychomotricité, prévention (ou autre packs à créer) et /ou vers AXA entraide
Règle 4		- Actes ou prestations de soins de santé non remboursés SS mais qui font l'objet d'un remboursement par le RPC (ex : chambre particulière ...)			
Règle 6		- Demandes qui ne concernent pas un remboursement de frais de santé (exemple : aménagement de domicile, aide à la personne ...)			

A noter : les règles 3,4 et 6 qui conduisent à une absence d'intervention du fonds social pourraient être regroupées.