

Bilan au 30/09/2024 du
projet de règles pour le fonds social

Document de travail pour le comité du 15 octobre 2024

Rappel du contexte et des objectifs

○ Situation antérieure (jusqu'au 31/12/2023)

- Tous les dossiers étaient présentés au comité quelle que soit la demande et quel que soit le quotient familial.
- Plus de 2/3 des dossiers étaient refusés principalement en raison de la nature de la demande et dans certains cas au regard du quotient familial.

	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2023 (avril)	total
Nombre de dossiers présentés	33	106	117	81	94	72	24	527
Taux de refus	55%	64%	72%	73%	70%	63%	67%	68%

- Pour les dossiers acceptés le montant attribué était défini au cas par cas et pouvait être différent d'un comité à l'autre pour un même type de demande et un même niveau de quotient familial.

○ Objectifs

- **Augmenter le taux de dossiers acceptés et harmoniser les décisions d'un comité à l'autre** (*même type de demande et même niveau de QF = même niveau d'intervention ou de reste à charge*)
- ⇒ Pour ce faire il est proposé de **définir un «référentiel» et des règles à utiliser pour la préparation des dossiers à présenter au comité, le comité restant décisionnaire de l'attribution ou non d'une aide et du montant de l'aide au regard des spécificités de chaque dossier.**

Rappel des principes proposés

○ 1 - Lever le principe "pas d'intervention SS = pas d'intervention du fonds social"

- Un dossier sans intervention SS peut donner lieu à intervention du fonds social en fonction du quotient familial et de la demande

⇒ *exemple : les prothèses dentaires non remboursées SS ou les implants pourront faire l'objet d'un remboursement en fonction du reste à charge et du quotient familial*

- Il peut rester des cas pour lesquels la demande est refusée "par principe", compte tenu de la nature de la demande, quel que soit le quotient familial. Les cas concernés sont à identifier de façon précise pour que les personnes soient informées avant de monter un dossier de demande d'aide

⇒ *exemple : pas d'intervention du fonds social pour des actes de chirurgie esthétique*

Le chirurgie esthétique est à distinguer de la chirurgie reconstructrice et réparatrice qui peut donner lieu à une intervention du fonds social

○ 2 – Définir le type de demande qui peuvent donner lieu à une intervention du fonds social

- L'objectif est d'éviter aux assurés de monter des dossiers pour des demandes qui seront refusées du fait de la nature de la demande. Lorsque les frais ne rentrent pas le périmètre d'intervention du fonds social, le demandeur en est informé et est orienté vers d'autres actions du HDS (pack prévention, coups durs, aidant ...) ou d'autres organismes (HandiEM, AXA entraide ...).

○ 3 - Définir des prix de « référence» et un barème d'intervention « maximum »

- Si les frais réels sont très supérieurs aux prix de référence, le demandeur en est informé. L'aide est attribuée en tenant compte du prix de référence et le calcul du Reste à Charge est basé sur le prix de référence

Rappel des règles proposées 1/2

○ Règles d'intervention selon le type de demande

	Type de demande	Prix de référence	Proposition d'intervention maximum du fonds social
Règle 1	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	Actes ou prestations de soins de santé non remboursés par la Sécurité sociale mais pour lesquels il existe une base de remboursement SS connue	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
Règle 3	Médecine douce / médecine non conventionnelle remboursées ou non par le RPC (ostéopathie, acupuncture, ergothérapie, psychologie)	pas d'intervention du fonds social	0 € dans le cadre du fonds social <i>le remboursement par le régime est limité à ce que rembourse le RPC/RS pour les postes concernés ou par le HDS dans le cadre de "packs" dédiés. Les demandes 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 HANDIEM ou AXA entraide</i>
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 ...)	pas d'intervention du fonds social	
Règle 5	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
Règle 6	Demandes qui ne concernent pas un remboursement de frais de santé (exemple : soins esthétiques, aménagement de domicile, aide à la personne ...)	pas d'intervention du fonds social	0 € dans le cadre du fonds social <i>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 HANDIEM ou AXA entraide</i>

Rappel des règles proposées 2/2

Règle 7	Le fonds social ne doit pas rembourser 100% du reste à charge => le reste à charge minimum à laisser doit être fonction du quotient familial			calcul du taux de RAC de façon linéaire entre les tranches
	Tranche de quotient familial	RAC en% sur max tranche	RAC en € sur max tranche	
	1000 € ou moins	5,0%	50 €	
	1 250 €	8,0%	100 €	
	1 500 €	10,0%	150 €	
	1 750 €	12,5%	219 €	
	2 000 €	15,0%	300 €	
	2 500 €	20,0%	500 €	
	3 000 €	33,0%	990 €	
	4 000 €	50,0%	2 000 €	
5 000 ET PLUS	80,0%	4 000 €		
	=> <i>exemple 1: pour un QF de 1 250 €, le reste à charge minimum est de 8% du QF (soit 100 €) . Le fonds social peut intervenir sur un reste à charge supérieur à 100 €.</i>			
	=> <i>exemple 2: pour un QF de 3 000 € le fonds social n'intervient pas pour un reste à charge de moins de 990 €; si le reste à charge est supérieur à 990 €, le fonds social peut intervenir mais en laissant un reste à charge minimum de 990 €.</i>			
Règle 8	L'intervention du fonds social doit rester ponctuelle => pas d'intervention récurrente Lorsque le demandeur a déjà fait une demande au fonds social dans l'année ou les années précédente, sa(ses) demande(s) et le(s) montant(s) accordé(s) sont rappelé(s) au Comité lors de la présentation de la nouvelle demande.			
Règle 9	Les règles 1 à 8 permettent de faire un précalcul des montants qui pourraient être pris en charge par le fonds social : dans tous les cas la décision appartient au Comité ; le comité peut décider d'intervenir ou pas et fixe le montant en fonction du QF et du cas concerné			

Bilan à fin septembre 2024

○ Sur la période de janvier à septembre 2024, l'application des nouvelles règles a permis de limiter le taux de refus (53% de demandes refusées en 2024 contre 68% en 2023). Le montant moyen accordé reste assez stable.

- La baisse du taux de refus est particulièrement élevée sur le dentaire (14% de taux de refus en 2024 contre 52% en 2023) grâce à la prise en compte des demandes ne faisant pas l'objet d'un remboursement SS).
- Le taux de refus reste élevé sur le handicap (88% en 2024 contre 100% en 2023) car toutes les demandes liées à l'aménagement du domicile ou à des équipements non directement liés à la santé sont refusés (car hors périmètre du fonds social et il n'y a pas de « pack » pour traiter ces demandes dans le cadre du HDS).
- Le taux de refus reste également élevé sur les médecines douces qui en principe ne donnent pas lieu à intervention du social sauf lorsque la demande concerne des prestations similaires à celles financées par un pack HDS et pour laquelle le comité décide dans certains cas d'accorder une aide similaire à celle du pack.

TYPE DE DEMANDE	Année 2023 (12 mois)				
	Nombre de demandes	%	Taux de refus	Montant accordé	Montant moyen/ par dossier
APPAREILLAGE AUDITIF	1	1%	0%	600 €	600 €
APPAREILLAGE AUTRE QUE DENTAIRE OU AUDITIF	1	1%	100%	-	-
DENTAIRE	29	41%	52%	10 400 €	743 €
DENTAIRE + HOSPITALISATION	1	1%	100%	-	-
DENTAIRE + OPTIQUE	1	1%	0%	750 €	750 €
HANDICAP	12	17%	100%	-	-
HOSPITALISATION	8	11%	50%	3 450 €	863 €
MEDECINE DOUCE	9	20%	78%	1 000 €	500 €
MEDECINE DOUCE + AUTRES	3		100%	-	-
MEDECINE DOUCE + AUTRES + AIDE A LA PERSONNE	1		100%	-	-
MEDECINE DOUCE + HANDICAP + AUTRES	1		100%	-	-
MEDECINE DOUCE + DENTAIRE					
OPTIQUE	3	4%	67%	100 €	100 €
AUTRE	1	1%	100%	-	-
Total	71	100%	68%	16 300 €	709 €

TYPE DE DEMANDE	Janvier à septembre 2024 (9 mois)				
	Nombre de demandes	%	Taux de refus	Montant accordé	Montant moyen/ par dossier accepté
APPAREILLAGE AUDITIF		0%			-
APPAREILLAGE AUTRE QUE DENTAIRE OU AUDITIF		0%			-
DENTAIRE	14	30%	14%	10 858	905 €
DENTAIRE + HOSPITALISATION	1	2%	0%	100	100 €
DENTAIRE + OPTIQUE		0%			
HANDICAP	8	17%	88%	200	200 €
HOSPITALISATION	6	13%	67%	1 150	575 €
MEDECINE DOUCE	10	26%	50%	3 600 €	720 €
MEDECINE DOUCE + AUTRES	1		100%	- €	-
MEDECINE DOUCE + AUTRES + AIDE A LA PERSONNE					
MEDECINE DOUCE + HANDICAP + AUTRES					
MEDECINE DOUCE + DENTAIRE	1		0%	500 €	500 €
OPTIQUE	1	2%	100%	-	-
AUTRE	5	11%	100%	-	-
Total	47	100%	53%	16 408	746 €

Taux de demande acceptée **32%**

=>

47%

Bilan à fin septembre 2024

- Dans ~ 3 cas sur 4, le comité a suivi les règles proposées pour décider d'intervenir ou pas et fixer le montant de l'intervention au titre du fonds social.
- Dans ~ 1 cas sur 4, le comité a utilisé la règle 9 pour fixer un montant différent de celui découlant des règles proposées. Cela concerne 13 cas de janvier à septembre 2024.
 - 6 des 13 cas concernent des assurés avec un faible quotient familial pour lesquels le comité a décidé d'accorder un montant supérieur au montant découlant des règles;
 - dans 2 des 13 cas, le comité a accordé un montant équivalent au pack psychomotricité pour des demandes qui auraient dues être refusées au titre du fonds social;
 - dans 4 des 13 cas le comité a décidé de ne pas intervenir alors que les règles permettaient d'intervenir pour un montant entre 126€ et 360 € (dépenses liées à des traitements antidouleurs, des compléments alimentaires notamment) ; et dans 1 cas le comité a accordé un montant minoré.

TYPE DE DEMANDE	Nombre de demandes	%
DENTAIRE	14	30%
DENTAIRE + HOSPITALISATION	1	2%
DENTAIRE + OPTIQUE		0%
HANDICAP	8	17%
HOSPITALISATION	6	13%
MEDECINE DOUCE	10	
MEDECINE DOUCE + AUTRES	1	26%
MEDECINE DOUCE + DENTAIRE	1	
OPTIQUE	1	2%
AUTRE	5	11%
Total	47	100%

Nombre de demandes pour lesquelles le comité a suivi les règles proposées (hors règle 9)	Nombre de demande pour lesquelles le comité a utilisé la règle 9 pour ajuster le montant proposé
11	3
1	0
0	
8	0
4	2
6	4
0	1
0	1
1	0
3	2
34	13
72%	28%

- L'analyse des cas présentés de janvier à septembre 2024 montre que :
 - Les règles actuelles de calcul du plafond d'intervention par type de demande sont prudentes.
 - ⇒ **Il est proposé d'ajuster certaines règles pour augmenter le plafond d'intervention (ajustements des règles 2 et 5)**
 - La règle actuelle de prise en compte du quotient familial définit un reste à charge minimum fonction du quotient familial. Lorsque ce minimum est atteint le montant remboursé est le même quel que soit le quotient. Cela conduit à des niveaux d'intervention qui ne tiennent pas suffisamment compte du quotient familial.
 - ⇒ **Il est proposé de compléter la règle 7 (celle sur l'impact du quotient familial) pour permettre un niveau d'intervention qui tienne mieux compte du quotient familial**

Ajustement des règles proposées 1/2

○ Règles d'intervention selon le type de demande

	Type de demande	Prix de référence	Proposition d'intervention maximum du fonds social
Règle 1	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	Actes ou prestations de soins de santé non remboursés par la Sécurité sociale mais pour lesquels il existe une base de remboursement SS connue	250% BR dans la limite des frais réels	50% 60% du prix de référence dans la limite du reste à charge calculé en plafonnant les frais réels au prix de référence
Règle 3	Médecine douce / médecine non conventionnelle remboursées ou non par le RPC (ostéopathie, acupuncture, ergothérapie, psychologie)	pas d'intervention du fonds social	0 € dans le cadre du fonds social <i>le remboursement par le régime est limité à ce que rembourse le RPC/RS pour les postes concernés ou par le HDS dans le cadre de "packs" dédiés. Les demandes 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 HANDIEM ou AXA entraide</i>
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 ...)	pas d'intervention du fonds social	<i>le remboursement par le régime est limité à ce que rembourse le RPC/RS pour les postes concernés ou par le HDS dans le cadre de "packs" dédiés. Les demandes 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 HANDIEM ou AXA entraide</i>
Règle 5	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 € 500 € par acte dans la limite du reste à charge de chaque acte
Règle 6	Demandes qui ne concernent pas un remboursement de frais de santé (exemple : aménagement de domicile, aide à la personne ...)	pas d'intervention du fonds social	0 € dans le cadre du fonds social <i>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 HANDIEM ou AXA entraide</i>

Ajustement des règles proposées 2/2

Règle 7	7.1 - Le fonds social ne doit pas rembourser 100% du reste à charge => le reste à charge minimum à laisser doit être fonction du quotient familial																																										
	7.2 - Le niveau d'intervention augmente si le QF baisse																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>tranche de quotient familial</th> <th>RAC sur max tranche</th> <th>Reste à charge minimum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 000 €</td><td>5,0%</td><td>50</td></tr> <tr><td>1 250 €</td><td>8,0%</td><td>100</td></tr> <tr><td>1 500 €</td><td>10,0%</td><td>150</td></tr> <tr><td>1 750 €</td><td>12,5%</td><td>219</td></tr> <tr><td>2 000 €</td><td>15,0%</td><td>300</td></tr> <tr><td>2 500 €</td><td>20,0%</td><td>500</td></tr> <tr><td>3 000 €</td><td>33,0%</td><td>990</td></tr> <tr><td>4 000 €</td><td>50,0%</td><td>2 000</td></tr> <tr><td>5 000 €</td><td>80,0%</td><td>4 000</td></tr> </tbody> </table>	tranche de quotient familial	RAC sur max tranche	Reste à charge minimum	1 000 €	5,0%	50	1 250 €	8,0%	100	1 500 €	10,0%	150	1 750 €	12,5%	219	2 000 €	15,0%	300	2 500 €	20,0%	500	3 000 €	33,0%	990	4 000 €	50,0%	2 000	5 000 €	80,0%	4 000	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau d'intervention (en % du plafond cible calculé selon les règles 1 à 6)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>250%</td></tr> <tr><td>200%</td></tr> <tr><td>150%</td></tr> <tr><td>100%</td></tr> <tr><td>94%</td></tr> <tr><td>83%</td></tr> <tr><td>72%</td></tr> <tr><td>50%</td></tr> <tr><td>28%</td></tr> </tbody> </table>	Niveau d'intervention (en % du plafond cible calculé selon les règles 1 à 6)	250%	200%	150%	100%	94%	83%	72%	50%	28%	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> calcul des RAC et niveau d'intervention linéaire entre les tranches </div>	<p><u>RAC minimum :</u> => exemple 1: pour un QF de 1 250 €, le reste à charge minimum est de 8% du QF (soit 100 €) . Le fonds social peut intervenir sur un reste à charge supérieur à 100 €. => exemple 2: pour un QF de 3 000 € le fonds social n'intervient pas pour un reste à charge de moins de 990 €; si le reste à charge est supérieur à 990 €, le fonds social peut intervenir mais en laissant un reste à charge minimum de 990 €.</p> <p><u>Niveau d'intervention:</u> => Si les règles de calcul du niveau d'intervention donne un montant de 500€: - le plafond d'intervention pour un QF de 1000€ est de 1 250 € (500 x 250%) dans la limite du reste à charge - le plafond d'intervention pour un QF de 1750€ est de 500 € (500 x 100%) dans la limite du reste à charge - le plafond d'intervention pour un QF de 2500 € est de 415 € (500*83%) dans la limite du reste à charge</p>
tranche de quotient familial	RAC sur max tranche	Reste à charge minimum																																									
1 000 €	5,0%	50																																									
1 250 €	8,0%	100																																									
1 500 €	10,0%	150																																									
1 750 €	12,5%	219																																									
2 000 €	15,0%	300																																									
2 500 €	20,0%	500																																									
3 000 €	33,0%	990																																									
4 000 €	50,0%	2 000																																									
5 000 €	80,0%	4 000																																									
Niveau d'intervention (en % du plafond cible calculé selon les règles 1 à 6)																																											
250%																																											
200%																																											
150%																																											
100%																																											
94%																																											
83%																																											
72%																																											
50%																																											
28%																																											
Règle 8	L'intervention du fonds social doit rester ponctuelle => pas d'intervention récurrente Lorsque le demandeur a déjà fait une demande au fonds social dans l'année ou les années précédente, sa(ses) demande(s) et le(s) montant(s) accordé(s) sont rappelé(s) au Comité lors de la présentation de la nouvelle demande.																																										
Règle 9	Les règles 1 à 8 permettent de faire un précalcul des montants qui pourraient être pris en charge par le fonds social : dans tous les cas la décision appartient au Comité ; le comité peut décider d'intervenir ou pas et fixe le montant en fonction du QF et du cas concerné																																										

- **1 - Mettre en œuvre les règles ajustées à compter de novembre 2024**

- **2 - Préparer un règlement du fonds social intégrant les règles 1 à 9 présentées ci-avant**

- **3 – Préparer une communication pour informer les entreprises, salariés et anciens salariés des règles d'intervention**

- **4 – Lorsque les assurés se renseignent pour des demandes qui ne concernent pas les remboursements de frais de santé (cf. règle 6 : aménagement de domicile, aide scolaire ...) , les informer des règles et les orienter directement vers HANDIEM, AXA Entraide ou le fonds social AGIRC-ARRCO selon le type de demande. Si l'assuré souhaite que sa demande soit présentée en comité, présenter la demande au comité.**

Liste des fonds présentés entre janvier et septembre 2024

FONDS SOCIAL ARRETE AU 30/09/2024

- cas pour lesquels le comité est intervenu alors que les règles prévoyaient une absence d'intervention
- cas pour lesquels le comité n'est pas intervenu alors que les règles permettaient une intervention
- cas pour lesquels les nouvelles règles permettent d'améliorer significativement l'intervention
- cas pour lesquels les nouvelles règles baissent l'intervention

CAS N°	POSTE	TYPE DE FRAIS	COEF. FAMILIAL	QUOTIENT FAMILIAL	FRAIS REELS	RESTE A CHARGE	MONTANT ALLOUE	INTERVENTION SELON REGLES ACTUELLES	Ecart montant alloué / règle	INTERVENTION SELON REGLE REVUES	Ecart en % par rapport aux règles actuelles
FDS20249L0043	HOSPITALISATION	Honoraires chirurgicaux et anesthésie NON OPTAM	1,00	1 005,33 €	1 524,12 €	274,88 €	250,00 €	0 €	250 €		
FDS20249L0034	MEDECINE DOUCE + DENTAIRE	Psychomotricité+ ergothérapie + orthodontie	2,50	1 113,53 €	4 743,00 €	1 275,50 €	500,00 €	0 €	500 €		
FDS20249L0054	MEDECINE DOUCE	psychothérapie	3,50	1 138,48 €	2 400,00 €	1 752,22 €	600,00 €	0 €	600 €		
FDS20249L0026	MEDECINE DOUCE	Psychologie	3,00	1 162,77 €	700,00 €	620,00 €	600,00 €	0 €	600 €		
FDS20249L0018	MEDECINE DOUCE	Psychomotricité	3,00	1 182,68 €	4 830,00 €	3 230,00 €	1 600,00 €	0 €	1 600 €		
FDS20249L0008	HOSPITALISATION	Chambre particulière	1,00	1 266,25 €	1 872,00 €	1 044,00 €	900,00 €	0 €	900 €		
FDS20249L0029	MEDECINE DOUCE	Bilan neuropsychologie	2,00	1 886,71 €	550,00 €	510,00 €	300,00 €	0 €	300 €		
FDS20249L0009	MEDECINE DOUCE	Ergothérapie + sophrologie	2,50	2 299,10 €	3 660,00 €	2 360,00 €	500,00 €	0 €	500 €		
FDS20249L0013	MEDECINE DOUCE + AUTRES	Ergothérapie + hypnothérapie + compléments vitaminiques	2,50	1 554,07 €	2 778,00 €	2 538,50 €	Refus	360 €	-360 €	625	73,6%
FDS20249L0014	AUTRES	Injections anti-douleurs	3,00	2 181,64 €	3 035,88 €	3 035,88 €	Refus	300 €	-300 €	452	50,7%
FDS20249L0020	DENTAIRE	Dentaire	1,00	1 830,00 €	1 443,00 €	373,00 €	Refus	128 €	-128 €	128	0,0%
FDS20249L0021	DENTAIRE	Dentaire	3,00	1 558,08 €	2 550,00 €	480,00 €	150,00 €	300 €	-150 €	315	4,9%
FDS20249L0055	AUTRES	Injections anti-douleurs	1,00	2 944,00 €	3 474,00 €	3 474,00 €	Refus	300 €	-300 €	367	22,4%
FDS20249L0015	DENTAIRE	Dentaire	3,00	1 248,05 €	4 040,00 €	4 040,00 €	1 500,00 €	349 €	1 151 €	840	140,5%
FDS20249L0023	DENTAIRE + HOSPITALISATION	Dentaire + Honoraires chirurgicaux NON OPTAM + infiltrations	3,00	1 434,64 €	1 211,64 €	590,00 €	100,00 €	102 €	-2 €	166	63,1%
FDS20249L0042	DENTAIRE	Orthodontie	3,00	1 628,64 €	4 550,00 €	1 823,80 €	500,00 €	468 €	32 €	582	24,3%
FDS20249L0062	DENTAIRE	Implants et prothèses dentaires	1,00	1 011,42 €	4 010,75 €	2 324,25 €	1 300,00 €	1 283 €	17 €	2 254	75,7%
FDS20249L0031	HANDICAP	fauteuil roulant	3,50	592,34 €	3 872,39 €	232,39 €	200,00 €	139 €	61 €	182	30,8%
FDS20249L0005	DENTAIRE	Dentaire	1,00	2 099,50 €	5 550,00 €	2 169,75 €	1 400,00 €	1 396 €	4 €	1 288	-7,8%
FDS20249L0025	DENTAIRE	Dentaire	1,00	3 640,58 €	7 740,00 €	2 920,26 €	280,00 €	281 €	-1 €	163	-42,0%
FDS20249L0044	DENTAIRE	Implant + prothèse	2,50	2 333,03 €	7 660,00 €	1 216,98 €	655,00 €	655 €	-0 €	570	-13,0%
FDS20249L0047	DENTAIRE	Couronnes transitoires et définitives	1,00	3 269,92 €	41 480,00 €	17 372,40 €	2 000,00 €	1 851 €	149 €	1 226	-33,8%
FDS20249L0056	DENTAIRE	Implant + bridge	1,00	2 747,58 €	2 275,00 €	1 635,00 €	350,00 €	349 €	1 €	326	-6,6%
FDS20249L0035	DENTAIRE	traitement parodontal	1,00	2 454,67 €	6 745,00 €	3 355,50 €	1 600,00 €	1 611 €	-11 €	1 359	-15,7%

Liste des fonds présentés entre janvier et septembre 2024

FONDS SOCIAL ARRETE AU 30/09/2024

cas pour lesquels le comité est intervenu alors que les règles prévoyaient une absence d'intervention

cas pour lesquels le comité n'est pas intervenu alors que les règles permettaient une intervention

cas pour lesquels les nouvelles règles permettent d'améliorer significativement l'intervention

cas pour lesquels les nouvelles règles baissent l'intervention

CAS N°	POSTE	TYPE DE FRAIS	COEF. FAMILIAL	QUOTIENT FAMILIAL	FRAIS REELS	RESTE A CHARGE	MONTANT ALLOUE	INTERVENTION SELON REGLES ACTUELLES	Ecart montant alloué / règle	INTERVENTION SELON REGLE REVUES	Ecart en % par rapport aux règles actuelles
FDS20249L0032	HOSPITALISATION	Honoraires chirurgicaux et anesthésie NON	3,00	1 471,15 €	2 021,00 €	1 079,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0001	DENTAIRE	Dentaire	2,00	2 420,54 €	1 970,00 €	1 540,00 €	700,00 €	700 €	-0 €	697	-0,5%
FDS20249L0002	HOSPITALISATION	Frais hospitaliers + honoraires chirurgicaux NON	2,00	1 480,88 €	2 156,96 €	888,73 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0003	OPTIQUE	Optique-verres adulte	1,00	1 723,25 €	810,00 €	210,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0004	DENTAIRE	Dentaire	2,00	1 908,04 €	14 318,92 €	6 194,43 €	423,00 €	423 €	0 €	429	1,4%
FDS20249L0006	HANDICAP	Réaménagement domicile	2,00	1 427,42 €	4 892,80 €	4 892,80 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0007	MEDECINE DOUCE	Psychologie	2,50	1 362,84 €	2 580,00 €	1 020,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0012	AUTRES	Frais d hébergement	4,00	1 437,82 €	5 055,00 €	5 055,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0022	DENTAIRE	Dentaire	1,50	1 888,94 €	4 500,00 €	1 791,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0024	HANDICAP	Réaménagement véhicule				852,53 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0027	MEDECINE DOUCE	Psychologie	3,00	1 752,66 €	2 060,00 €	2 060,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0028	HANDICAP	Réaménagement domicile				10 257,50 €	Refus	0		-	
FDS20249L0030	HANDICAP	Réaménagement véhicule				6 632,08 €	Refus	0		-	
FDS20249L0037	AUTRES	Activité sportive (CAVIR association venue aux personnes atteintes d'un cancer)	1,00	1 830,58 €	780,00 €	780,00 €	Refus	0		-	
FDS20249L0038	HANDICAP	Réaménagement salle de bain				3 548,46 €	Refus	0		-	
FDS20249L0039	MEDECINE DOUCE	Ergothérapie + bilan neuropsychologie	2,00	1 576,14 €	3 945,00 €	1 655,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0040	HOSPITALISATION	Honoraires chirurgicaux et anesthésie NON	1,00	2 376,58 €	3 307,06 €	2 292,94 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0041	MEDECINE DOUCE	Psychomotricité + psychologie + intervention	5,00	1 058,04 €	4 363,33 €	2 523,33 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0045	HOSPITALISATION	Honoraires chirurgicaux NON OPTAM + chambre	2,50	1 529,63 €	2 451,00 €	591,84 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0048	HANDICAP	fauteuil releveur non médical	1,00	1 786,08 €	879,19 €	879,19 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0049	HANDICAP	monte escalier + divers équipement	2,00	1 821,17 €	9 137,94 €	8 771,50 €	Refus	66 €		66	0,0%
FDS20249L0052	MEDECINE DOUCE	Bilan psychologique et TDAH	3,00	2 529,78 €	800,00 €	800,00 €	Refus	0 €		-	
FDS20249L0061	AUTRES	Accompagnement scolaire + equithérapie	2,00	2 281,21 €	5 724,00 €	5 724,00 €	Refus	0 €		-	
Total							16 408 €	11 062 €	5 412 €	12 034 €	8,8%