

# Santé Senior

## Vanoise/Bigorre/Armorique

### TABLEAU DE GARANTIES SANTÉ 2017

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales et dans la notice d'information. **Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.** Garanties y compris remboursements de la Sécurité Sociale sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale

	VANOISE	BIGORRE	ARMORIQUE
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné <sup>(1)</sup>)</b>			
Honoraires - Signataires CAS	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires - Non signataires CAS	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Frais de séjour établissements conventionnés	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour établissements non conventionnés		220 % BR	100 % BR
Chambre particulière	3,5 % du PMSS/jour	3 % du PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5 % du PMSS/jour	3 % du PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €
<b>SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné <sup>(1)</sup>)</b>			
Consultations et visites, généralistes - Signataires CAS	250 % BR	195 % BR	100 % BR
Consultations et visites, généralistes - Non signataires CAS	200 % BR	175 % BR	100 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Signataires CAS	450 % BR	195 % BR	100 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Non signataires CAS	200 % BR	175 % BR	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	100 % FR	195 % BR	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	200 % BR	175 % BR	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	100 % FR	195 % BR	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	200 % BR	175 % BR	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % FR	165 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux - Conventionnés	100 % FR		
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95 % FR (Mini : 100 % BR)	165 % BR	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	450 % BR	350 % BR	300 % BR
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex. : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I, II et III...)	450 % BR	255 % BR	100 % BR
<b>PHARMACIE</b>			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR ou TFR	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
<b>TRANSPORT</b>			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>FRAIS DENTAIRES</b>			
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR	350 % BR	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	500 % BR	300 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :			
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR		
- Couronnes sur implant	550 % BR		
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR	400 % BR	250 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR		
- Inlay-cores	370 % BR		
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :			
- Couronnes	18,6 % du PMSS par acte	325 €/acte	270 €/acte
- Bridges	48,9 % du PMSS par acte	840 €/acte	700 €/acte
- Prothèses dentaires provisoires	2,4 % du PMSS par acte	35 €/acte	30 €/acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	2,2 % du PMSS par acte	30 €/acte	25 €/acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BR	425 % BR	250 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	550 % BR reconstitué	425 % BR reconstitué	250 % BR reconstitué
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale + 18 ans	50 % FR, limité à 250 % BR reconstitué	Néant	Néant
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR, limité à 10 % du PMSS/an/personne	50 % FR, limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire	Néant
Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR, limité à 10 % du PMSS/an/personne	Néant	Néant
Implants	65 % FR, limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne répartis comme suit :	50 % FR, dans la limite de 4 % du PMSS/implant limités à 6/an/bénéficiaire	50 % FR, dans la limite de 2 % du PMSS/implant limités à 6/an/bénéficiaire
Pilier implantaire	Implant : 65 % FR, limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne Pilier implantaire : 65 % FR, limité à 10 % du PMSS/pilier limité à 6/an/personne	50 % FR, dans la limite de 3 % du PMSS/implant limités à 6/an/bénéficiaire	50 % FR, dans la limite de 1 % du PMSS/implant limités à 6/an/bénéficiaire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales et dans la notice d'information. **Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.** Garanties y compris remboursements de la Sécurité Sociale sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale

	VAHOISE	BIGORRE	ARMORIQUE
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>			
<b>Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)</b>			
<b>Remboursement maximum pour la monture de 150 €</b>			
(a) Equipement avec 2 verres simples <sup>(3)</sup>	470 €	340 €	340 €
(b) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre complexe (c) <sup>(3)</sup>	610 €	445 €	440 €
(c) Equipement avec 2 verres complexes <sup>(3)</sup>	750 €	550 €	540 €
(d) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe (f) <sup>(3)</sup>	660 €	495 €	490 €
(e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et 1 verre très complexe (f) <sup>(3)</sup>	800 €	600 €	590 €
(f) Equipement avec 2 verres très complexes <sup>(3)</sup>	850 €	650 €	640 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire	100 % BR + 10 % PMSS/an/bénéficiaire	100 % BR + 8 % PMSS/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	12 % PMSS/an/bénéficiaire	10 % PMSS/an/bénéficiaire	8 % PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR, limité à 20 % du PMSS/œil + 60 % FR limité à 600 €/œil	Néant	Néant
<b>AUTRES SOINS</b>			
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires et soins	12 % PMSS/an/bénéficiaire	330 €/an/bénéficiaire	330 €/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature	50 % FR, limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire + 60 % FR, limité à 120 €/an/bénéficiaire	50 % FR, limité à 90 €/an/bénéficiaire	50 % FR, limité à 90 €/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature	50 % FR, limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire + 70 % FR, limité à 300 €/an/bénéficiaire	50 €/acte, limité à 200 €/an/bénéficiaire	50 €/acte, limité à 200 €/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR, limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire	Néant	Néant
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologie pour adulte	50 % FR, limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire + 60 % FR, limité à 45 €/an/bénéficiaire dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire	30 €/acte, limité à 300 €/an/bénéficiaire	30 €/acte, limité à 300 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologie pour enfant	50 % FR, limité à 7 % du PMSS par an par bénéficiaire + 60 % FR, limité à 50 € par séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire	30 €/acte, limité à 600 €/an/bénéficiaire	30 €/acte, limité à 600 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Méthode Mézières	50 % FR, limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire + 70 % FR, limité à 50 €/séance dans la limite de 400 €/an/bénéficiaire	40 €/acte, limité à 4 séances/an/bénéficiaire	40 €/acte, limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Etiopathie	17 % PMSS/an/bénéficiaire	Néant	Néant
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR	Néant	Néant
Traitement anti-tabac non remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR, limité à 150 €/an/bénéficiaire	120 €/an/bénéficiaire	120 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	80 % FR, limité à 60 €/trimestre/bénéficiaire	60 % FR, limité à 60 €/an/bénéficiaire	60 % FR, limité à 60 €/an/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50 % FR, limité à 6 actes/an/bénéficiaire	Néant	Néant
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale <sup>(3)</sup>	100 % FR	Pris en charge	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Les actes de prévention pris en charge sont :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

(3) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

**BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale

**CAS** : Contrat d'accès aux soins

**FR** : Frais réels

**MR** : Montant de remboursement

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

**SS** : Sécurité sociale

**FR** : Tarif forfaitaire de remboursement

**TM** : Ticket modérateur