

Santé Senior Bigorre

TABLEAU DE GARANTIES SANTÉ 2015/2016

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales.

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale

Garanties y compris les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale

DANS TOUS LES CAS, LES REMBOURSEMENTS SONT LIMITÉS AUX FRAIS RÉELS.

	BIGORRE 2015	BIGORRE 2016
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Honoraires - Signataires CAS		100 % FR
Honoraires - Non signataires CAS		200 % BR
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % FR - MR, rembt limité à 175 % du MR	100 % FR
Frais de séjour en secteur non conventionné		220 % BR
Chambre particulière	100 % FR, dans la limite de 3 % du PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)		3 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR, dans la limite de 18 € par jour	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽²⁾)		
Consultations et visites, généralistes - Signataires CAS		195 % BR
Consultations et visites, généralistes - Non signataires CAS		175 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Signataires CAS	100 % FR- MR, rembt limité à 175 % du MR	195 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Non signataires CAS		175 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS		195 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS		175 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS		195 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	100 % FR- MR, rembt limité à 175 % du MR	175 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire		165 % BR
Auxiliaires médicaux		165 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR, rembt limité à 325 % du MR	350 % BR
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale		255 % BR
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR - MR	100 % BR ou TFR
TRANSPORT		
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR - MR, rembt limité à 175% du MR	100 % FR
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie		350 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale		300 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :		
- Couronnes, bridges et inter de bridges	100 % FR - MR, rembt limité à 325 % du MR	
- Couronnes sur implant		400 % BR
- Prothèses dentaires amovibles		
- Réparations sur prothèses		
- Inlay-cores		
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :		
- Couronnes	100 % FR- MR, rembt limité à 425 % du MR reconstitué	325 €/acte
- Bridges		840 €/acte
- Prothèses dentaires provisoires		35 €/acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)		30 €/acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % FR- MR, rembt limité à 325 % du MR	425 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	100 % FR, rembt limité à 425 % du MR reconstitué	425 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	50 % FR, limité à 10 % PMSS/an/bénéficiaire
Implants	50 % FR, dans la limite de 5 % du PMSS par implant (limités à 6 par an et par personne)	50 % FR, dans la limite de 4 % du PMSS/implant limité à 6/an/bénéficiaire
Pilier implantaire		50 % FR, dans la limite de 3 % 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.

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale	Garanties y compris les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale
---	--

DANS TOUS LES CAS, LES REMBOURSEMENTS SONT LIMITÉS AUX FRAIS RÉELS.

BIGORRE 2015	BIGORRE 2016
---------------------	---------------------

FRAIS D'OPTIQUE		
	Remboursement d'une paire de lunettes (monture + verres) par an et par bénéficiaire	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) Remboursement maximum pour la monture de 150 €
(a) Equipement avec 2 verres simples ⁽²⁾	Monture seule :	340 €
(b) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre complexe (c) ⁽²⁾	100 % FR - MR, dans la limite de 5 % du PMSS	445 €
(c) Equipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾	Verres seuls :	550 €
(d) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾	100 % FR - MR, dans la limite de 34 MR	495 €
(e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾	Monture + verres :	600 €
(f) Equipement avec 2 verres très complexes ⁽²⁾	100 % FR - MR, dans la limite de 2,5 % du PMSS + 34 MR	650 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % FR - MR, dans la limite de 10 % du PMSS par personne et par année civile	100 % BR + 10 % PMSS/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)		10 % PMSS/an/bénéficiaire
AUTRES SOINS		
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires et soins	100 % FR - MR, dans la limite de 750 points Agirc	330 €/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature (ex Novalis+)	50 % des frais réels, dans la limite de 90 €	50 % FR, limité à 90 €/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature (ostéodensitometrie, scanner dentaire...) (ex Novalis +)	50 € par prestation, dans la limite des frais réels et de 200 € pour l'ensemble de ces actes	50 €/acte, limité 200 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologie pour les adultes (ex Novalis +)	30 € par séance, dans la limite des frais réels et de 300 € pour l'ensemble des actes	30 €/acte, limité 300 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologie par enfant à charge (ex Novalis +)	30 € par séance, dans la limite des frais réels et de 600 € pour l'ensemble des actes	30 €/acte, limité 600 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropraxie et Méthode Mézières (ex Novalis +)	40 € par séance, dans la limite des frais réels et de 4 séances pour l'ensemble des actes	40 €/acte, limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Patches et Traitement anti-tabac (ex Novalis +)	Frais réels dans la limite de 120 €/an/bénéficiaire	120 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (ex Novalis +)	60 % des frais réels, dans la limite de 60 €	60 % FR, limité à 60 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽³⁾	Pris en charge	Pris en charge
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) 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.</p> <p>(3) Les actes de prévention pris en charge sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (AMO24), 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. 		
<p>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 TFR : Tarif forfaitaire de remboursement TM : Ticket modérateur</p>		