

Santé Senior Vanoise

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.

	VANOISE 2015	VANOISE 2016
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Honoraires - Signataires CAS	100 % FR - MR	100 % FR
Honoraires - Non signataires CAS		200 % BR
Frais de séjour	Conventionnés : 100 % FR - MR Non conventionnés : 95 % FR - MR	100 % FR
Chambre particulière	100 % FR, dans la limite de 3,5 % du PMSS/jour	3,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)		3,5 % 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 ⁽¹⁾)		
Consultations et visites, généralistes - Signataires CAS	100 % FR, limités à 250 % de la BR - MR	250 % BR
Consultations et visites, généralistes - Non signataires CAS		200 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Signataires CAS	100 % FR, limités à 400 % de la BR - MR	450 % BR
Consultations et visites, spécialistes - Non signataires CAS		200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS		100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS		200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	100 % FR - MR (actes conventionnés)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	95 % FR - MR (actes non conventionnés)	200 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire		100 % BR
Auxiliaires médicaux - Conventionnés		100 % BR
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés		95 % FR (Mini : 100 % BR)
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR, limités à 300 % de la BR - MR	450 % BR
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex. : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I, II et III...)		450 % 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	100 % FR
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % FR, limités à 415 % de la BR - MR	470 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale		500 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :		
- Couronnes, bridges et inter de bridges		550 % BR
- Couronnes sur implant		550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	100 % FR, limités à 415 % de la BR - MR	550 % BR
- Réparations sur prothèses		550 % BR
- Inlay-cores		370 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :		
- Couronnes	100 % FR, limités à 415 % de la BR reconstituée	18,6 % du PMSS par acte
- Bridges		48,9 % du PMSS par acte
- Prothèses dentaires provisoires		2,4 % du PMSS par acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)		2,2 % du PMSS par acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % FR, limités à 415 % de la BR - MR	550 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	100 % FR, limités à 415 % de la BR reconstituée	550 % BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale + 18 ans	Néant	50 % FR, limité à 250 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/personne
Implants		65 % FR, limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne répartis comme suit :
Pilier implantaire	50 % FR, dans la limite de 10 % du PMSS/implant limités à 6/an/personne	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

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.

	VANOISE 2015	VANOISE 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 ou verres seuls : 100 % FR - MR, dans la limite de 5 % du PMSS + 28 MR	470 €
(b) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre complexe (c) ⁽²⁾		610 €
(c) Equipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾		750 €
(d) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾		660 €
(e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾		800 €
(f) Equipement avec 2 verres très complexes ⁽²⁾		850 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % FR - MR, dans la limite de 10 % du PMSS/bénéficiaire/an	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)		12 % PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	Néant	50 % FR, limité à 20 % du PMSS/œil + 60 % FR, limité à 600 €/œil
AUTRES SOINS		
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires et soins	100 % FR - MR, dans la limite de 750 points Agirc	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature	50 % FR, dans la limite de 90 €/bénéficiaire/an	50 % FR, limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire + 60 % FR, limité à 120 €/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature	50 € par prestation, dans la limite des frais réels et de 200 € pour l'ensemble de ces actes	50 % FR, limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire + 70 % FR, limité à 70 €/acte dans la limite de 300 €/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	50 % FR, limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologie pour adulte	30 € par séance, dans la limite des frais réels et de 300 €/bénéficiaire pour l'ensemble des actes	50 % FR, limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire + 60 % FR, limité à 45 €/séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologie pour enfant	30 € par séance, dans la limite des frais réels et de 600 €/bénéficiaire pour l'ensemble des actes	65 % FR, limité à 50 €/séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropraxie et Méthode Mézières	40 € par séance, dans la limite des frais réels et de 4 séances/bénéficiaire pour l'ensemble des actes	50 % FR, limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire + 70 % FR, limité à 50 €/séance dans la limite de 400 €/an/bénéficiaire
Etiopathie	Néant	7 % PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	100 % FR
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	Frais réels dans la limite de 120 €/bénéficiaire/an	70 % FR, limité à 150 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	60 % FR dans la limite de 60 €	80 % FR, limité à 60 €/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	Néant	50 % FR, limité à 6 actes/an/bénéficiaires
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽³⁾	Pris en charge	100 % FR
<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 ≤ +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 > +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 (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. 		
<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>		