

# SANTÉ SENIOR

## Vanoise/Bigorre/Armorique

### TABLEAU DE GARANTIES SANTÉ 2019

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 OPTAM / OPTAM-CO  | 100 % FR  | 100 % FR   | 100 % FR   |
| Honoraires - Non signataires OPTAM / OPTAM-CO  | 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   | Prise en charge   | Prise en charge  | Prise en charge  |
| <b>SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné <sup>(1)</sup>)</b>   |   |  |  |
| Consultations et visites, généralistes - Signataires OPTAM / OPTAM-CO  | 250 % BR  | 195 % BR   | 100 % BR   |
| Consultations et visites, généralistes - Non signataires OPTAM / OPTAM-CO  | 200 % BR  | 175 % BR   | 100 % BR   |
| Consultations et visites, spécialistes - Signataires OPTAM / OPTAM-CO  | 450 % BR  | 195 % BR   | 100 % BR   |
| Consultations et visites, spécialistes - Non signataires OPTAM / OPTAM-CO  | 200 % BR  | 175 % BR   | 100 % BR   |
| Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM / OPTAM-CO   | 100 % FR  | 195 % BR   | 100 % BR   |
| Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM / OPTAM-CO   | 200 % BR  | 175 % BR   | 100 % BR   |
| Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM / OPTAM-CO   | 100 % FR  | 195 % BR   | 100 % BR   |
| Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM / OPTAM-CO   | 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  | 400 % BR   | 250 % BR   |
| - Prothèses dentaires amovibles  | 550 % 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 reconstituée   | 425 % BR reconstituée  | 250 % BR reconstituée  |
| Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale + 18 ans  | 50 % FR, limité à 250 % BR reconstituée   | -  | -  |
| 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                             | -  |
| Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale  | 50 % FR, limité à 10 % du PMSS/an/personne  | -  | -  |
| Implantologie  | 65 % FR, limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne répartis comme suit : | -  | -  |
| <b>Implants :</b>  | 65 % FR, limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne                       | 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 |
| <b>Pilier implantaire :</b>  | 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 |

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

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>  |   |   |   |
| Équipement avec 1 monture + 2 verres simples <sup>(2)</sup>  | 470 €   | 340 €   | 340 €   |
| Équipement avec 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe <sup>(2)</sup>  | 610 €   | 445 €   | 440 €   |
| Équipement avec 1 monture + 2 verres complexes <sup>(2)</sup>  | 750 €   | 550 €   | 540 €   |
| Équipement avec 1 monture + 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe <sup>(2)</sup>   | 660 €   | 495 €   | 490 €   |
| Équipement avec 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe <sup>(2)</sup>   | 800 €   | 600 €   | 590 €   |
| Équipement avec 1 monture + 2 verres très complexes <sup>(2)</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   | -   | -   |
| <b>AUTRES SOINS</b>  |   |   |   |
| Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale   | 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 70 €/acte dans la limite de 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   | -   | -   |
| Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologie pour adulte   | 50 % FR, limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire + 60 % FR, limité à 45 €/séance 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 + 65 % FR, limité à 50 €/séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire | 30 €/acte, limité à 600 €/an/bénéficiaire     | 30 €/acte, limité à 600 €/an/bénéficiaire     |
| Ostéopathie, Acupuncture <sup>(3)</sup> , 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 |
| Étiopathie   | 17 % PMSS/an/bénéficiaire   | -   | -   |
| Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale   | 100 % FR  | -   | -   |
| 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   | -   | -   |
| Actes de prévention prévus <sup>(4)</sup>  | 100 % FR  | Pris en charge                                | Pris en charge                                |

(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.

(3) Les soins d'acupuncture ne sont pris en charge que s'ils ont été dispensés par un médecin conventionné.

(4) 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 (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.

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

**OPTAM / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique)** : elles remplacent, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

**FR** : Frais réels, **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

**TFR** : Tarif forfaitaire de responsabilité

