

SANTÉ SENIOR

VANOISE/BIGORRE/ARMORIQUE

Tableau de garanties Santé 2022

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
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Honoraires – Signataires DPTAM	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires – Non signataires DPTAM	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour établissements non secteur conventionné		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
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Consultations et visites, généralistes – Signataires DPTAM	250 % BR	195 % BR	100 % BR
Consultations et visites, généralistes – Non signataires DPTAM	200 % BR	175 % BR	100 % BR
Consultations et visites, spécialistes – Signataires DPTAM	450 % BR	195 % BR	100 % BR
Consultations et visites, spécialistes – Non signataires DPTAM	200 % BR	175 % BR	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Signataires DPTAM	100 % FR	195 % BR	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires DPTAM	200 % BR	175 % BR	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Signataires DPTAM	100 % FR	195 % BR	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Non signataires DPTAM	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
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
AIDES AUDITIVES			
Équipement Prothèses auditives 100 % Santé** (classe I)	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Équipement Prothèses auditives autres que 100 % Santé ** (classe II)			
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité	450 % BR dans la limite de 1 700 €/oreille	350 % BR dans la limite de 1 700 €/oreille	300 % BR dans la limite de 1 700 €/oreille
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire			
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
TRANSPORT			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR	100 % FR	100 % FR
FRAIS D'OPTIQUE			
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans)			
Remboursement maximum pour la monture de 100€			
Équipement 100 % Santé** (classe A)			
Verres et montures (y compris l'examen de la vue par l'opticien)	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Équipement autre que 100 % Santé** (classe B)			
Équipement avec 2 verres simples ⁽³⁾	420 €	340 €	340 €
Équipement avec 1 verre simple et un verre complexe ⁽³⁾	560 €	445 €	440 €
Équipement avec 2 verres complexes ⁽³⁾	700 €	550 €	540 €
Équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe ⁽³⁾	610 €	495 €	490 €
Équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe ⁽³⁾	750 €	600 €	590 €
Équipement avec 2 verres très complexes ⁽³⁾	800 €	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	-	-

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
FRAIS DENTAIRES			
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Soins autres que 100 % Santé**			
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR	350 % BR	100 % BR
Prothèses autres que 100 % Santé**			
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés	500 % BR	300 % BR	250 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarifs libres	500 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	300 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	250 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés :			
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR	400 % BR	250 % BR 300 % BR (prothèses provisoires uniquement)
- Inlay-Cores	370 % BR		
- Couronnes sur implant	550 % BR		
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR		
- Réparations sur prothèses	550 % BR		
- Prothèses dentaires provisoires	810 % BR		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs libres :			
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR	400 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	250 % BR 300 % BR (prothèses provisoires uniquement) dans la limite des honoraires limites de facturation
- Inlay-Cores	370 % BR		
- Couronnes sur implant	550 % BR		
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR		
- Réparations sur prothèses	550 % BR		
- Prothèses dentaires provisoires	810 % BR		
	tous ces actes sont dans la limite des honoraires limites de facturation		
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
- 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/personne	-
Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale	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 :	50 % FR dans la limite de 4 % du PMSS / implant limité à 6/an/bénéficiaire	50 % FR limité à 2 % du PMSS/implant limité 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 limité à 6/an/bénéficiaire	50 % FR limité à 1 % du PMSS/implant limité à 6/an/ bénéficiaire
Régénérescence osseuse dans le cadre de la pose d'un implant	300 € par implant dans la limite de 40 % PMSS/an/ bénéficiaire	-	-
Radiologie non remboursée dans le cadre de la pose d'un implant	100 € par implant/an/ bénéficiaire	-	-
AUTRES SOINS			
Cure thermique 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 plus en complément si restant à charge 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 plus en complément si restant à charge 70% FR limité à 70 €/acte dans la limite de 300 €/an/ bénéficiaire	50 €/acte limité 200 €/an/ bénéficiaire	50 €/acte limité 200 €/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.

	VANOISE	BIGORRE	ARMORIQUE
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire	-	-
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue pour adulte	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité à 45 €/ séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire	30 €/acte limité 300 €/an/ bénéficiaire	30 €/acte limité 300 €/an/ bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue pour enfant	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 65 % FR limité à 50 €/ séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire	30 €/acte limité 600 €/an/ bénéficiaire	30 €/acte limité 600 €/an/ bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et méthode Mézières	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 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 remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR limité à 150 €/an/ bénéficiaire	120 €/an/bénéficiaire	120 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives prescrites et 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 à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	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 (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.

(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.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

BR (ou BRSS) : Base de remboursement de la Sécurité sociale

DPTAM – Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée qui rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM)

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

SS : Sécurité sociale

TFR : Tarif forfaitaire de remboursement

TM : Ticket modérateur

