






GAMME SENIORS ECONOMIQUE

Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros) et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur. Les garanties respectent le cadre des contrats responsables.		ECO-SENIOR1	ECO-SENIOR2	
H	HOSPITALISATION y compris maternité			
	Frais de séjour secteur conventionné	200% BR	300% BR	
	Frais de séjour secteur non conventionné	100% BR	100% BR	
	Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	
	Honoraires médicaux ou chirurgicaux en secteur conventionné: - par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)	200% BR 180% BR	300% BR 200% BR	
	Chambre particulière NUIT (2)	30 € / j pendant 90 jours	50 € / j pendant 90 jours	
	Chambre particulière AMBULATOIRE (2)	20 € / j pendant 90 jours	30 € / j pendant 90 jours	
Franchise pour actes >120€	100% FR	100% FR		
	SOINS COURANTS			
	Médecin généraliste: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR	
	Médecin spécialiste: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR	
	Actes techniques médicaux & chirurgie par un médecin: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR	
	Analyses, travaux de laboratoire	100% BR	100% BR	
	Auxiliaires médicaux: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)	100% BR 80% BR	100% BR 80% BR	
	Radiologie & acte d'imagerie par: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)	100% BR 80% BR	100% BR 80% BR	
	Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)	100% BR	200% BR	
	Pharmacie prescrite non remboursée, vaccins prescrits non remboursés SS, sevrage tabagique, contraception (2)	25 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	
	Pharmacie à 15%, 30% ou 65%	100 % BR	100 % BR	
		OPTIQUE Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.		
		100% SANTÉ Équipement optique complet (monture et verres) classe A - "Offre 100% santé" (3) (4)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipement optique: classe B - "Offre libre" (3)				
2 verres simples (voir grille optique (a))		180 €	250 €	
2 verres complexes (voir grille optique (b))		230 €	300 €	
2 verres très complexes (voir grille optique (c))		280 €	350 €	
Dont monture (remboursement SS inclus) limitée à:		80 €	100 €	
En cas d'équipement mixte 100% santé et tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture 100% santé.				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2) Avec au minimum le remboursement du TM pour les lentilles acceptées.	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire		
Lentilles prescrites mais refusées par la Sécurité sociale (2)	100 € / an / bénéficiaire	130 € / an / bénéficiaire		
Chirurgie réfractive (par œil) (2)	200 € / an / œil	250 € / an / œil		
	DENTAIRE (5) au-delà du plafond, et dans le respect des obligations relatives aux contrats responsables, les actes dentaires pris en charge par le RO seront remboursés à hauteur du panier de soins.			
	100% SANTÉ Soins et Prothèses dentaires "Offre 100% santé" (6)	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	
	Soins et actes techniques dentaires "Hors Offre 100% santé" (6)	170% BR	270% BR	
	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale "Offre maîtrisée" (6)	170% BR dans la limite des HLF	270% BR dans la limite des HLF	
	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale "Offre libre" (6)	170% BR	270% BR	
	Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (2)	130 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	190% BR	290% BR	
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	110% BRR (BRR fixée à 64,50€)	130% BRR (BRR fixée à 64,50€)	
Forfait Implantologie et Parodontologie non remboursée (2)	forfait 150 € / an / bénéficiaire	forfait 300 € / an / bénéficiaire		
	AIDES AUDITIVES			
	100% SANTÉ Audioprothèses classe 1 - "Offre 100% santé" (à compter du 01/01/2021) (7). Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	
	Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (7) Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% BR	150% BR	
	Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale (jusqu'au 31/12/2020)	100% BR	150% BR	
	CURE THERMALE (acceptée Sécurité Sociale)			
	Honoraires et forfaits (2)			
	Transports et hébergements (2)	forfait 175 € / an / bénéficiaire	forfait 175 € / an / bénéficiaire	
	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES			
	Pack - Médecines douces (2) Ostéopathie, acupuncture, nutritionniste, podologie, psychomotriciens	15 €/séance limité à 3 séances / an / bénéf	20 €/séance limité à 3 séances / an / bénéf	
	Autres Prothèses (hors dentaires, optiques et aides auditives), orthopédie, appareillage, acceptées par la Sécurité sociale	150% BR (**)	200% BR (**)	
	Actes de prévention légaux (autres vaccins, dépistages...) Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale	Pris en Charge	Pris en Charge	
	Frais d'obsèques	néant	néant	
	Forfait ostéodensitométrie (2) Sur facture de soins et dans la limite des frais réels	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire	
	ASSISTANCE & SERVICES INCLUS POUR LES SENIORS > 70 ANS			
	Lit d'accompagnement > 70 ans Pour adulte de plus de 70 ans.	20 € / j pendant 90 jours	30 € / j pendant 90 jours	
	Cure thermale : honoraires, hébergement, transport accepté SS	-	100 €	
	MutualAssistance : 09 77 40 69 01 (appel non surtaxé). Voir notice spécifique.	INCLUS	INCLUS	
	Proxime&Moi : accompagnement par téléphone au 09 69 39 09 23 et sur proximeetmoi.fr	INCLUS	INCLUS	
	Médecin Direct : télémédecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 et sur medecindirect.fr	INCLUS	INCLUS	
Asselliance retraite : Recherche placement en EPHAD longue durée ou court séjour + accompagnement montages dossiers d'aides financières	INCLUS	INCLUS		
Adhésion par tranche d'âge - Limite d'adhésion 75 ans - (Adhésion prise en compte avec l'âge le plus bas du couple)				
TARIFS				
ADULTES < 70	59 €	74 €		
ADULTES > 70	70 €	88 €		

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale FR : Frais réels DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée TM : Ticket modérateur Prestations en vigueur à compter du 01/01/2020, sauf offre audioprothèse classe 1 (offre 100% santé) et classe 2 (offre libre) à compter du 01/01/2021.	
Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
b - Verres complexes	b) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
c - Verres très complexes	c) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

- (1) : La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.
- (2) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (2), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.
- (3) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% santé".
- (4) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2^e alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L.165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- (5) : Les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire sont remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.
- (6) : Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale.
- (7) : Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (sauf délai d'attente pour chaque oreille indépendamment).
- (**) Remboursements plafonnés à 5 000 € / an / bénéficiaire