



Santé

Les garanties PRAGA 100%

Offre PRAGA 100

Convention n°228200410

Janvier 2025

Montant des prestations intégrant les remboursements de la sécurité sociale

Hospitalisation	
Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris frais maternité)	
Frais de séjour	
dans un établissement conventionné	125 % BR
dans un établissement non conventionné	125 % BR
Honoraires	
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	145 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	125 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait
Forfait actes lourds (1)	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour)	1 % PMSS

(1) Définition : pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,

- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale

est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

Dentaire	
Soins et prothèses 100% Santé*	100 % PLV
Soins (Hors 100% Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Prothèses (Hors 100% Santé) y compris Inlays Onlays d'obturation et inlays core	
à tarifs limités**	100 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres***	100 % BR
Orthodontie	
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR

***Soins et prothèses 100% Santé :** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

****Prothèses à tarifs limités :** cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

*****Prothèses à tarifs libres :** cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des	100 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM
Imagerie médicale	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR
Médicaments	
Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100 % BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale par bénéficiaire et par an	60 Euros
Matériel Médical	
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale, non pris en charge au titre du poste prothèses dentaires, auditives et optiques	100 % BR

Montant des prestations intégrant les remboursements de la sécurité sociale

Aides auditives

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

A partir du 1er janvier 2021

Equipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)	
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)	400 Euros
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)	560 Euros
Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du régime obligatoire.	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	

Autres postes

Frais de Transport	100 % BR
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	
Frais médicaux, de séjour et de transport	100 % BR
Prévention	
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Vaccin antigrippal	100 % FR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival , effectué en deux séances maximum	100 % BR

Optique

Verres et monture	
Equipements 100% Santé *	100 % PLV
Verres et monture à tarifs libres (classe B)	
Monture	100 % BR
Verres en fonction du type de défaut de vision et du niveau de correction, et pour chacun des verres	100 % BR

En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

***Equipements 100% Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente - PLV**) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR
Implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte	100 % BR

Pour mieux comprendre les garanties :

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS : Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR : Frais réels.

TM : Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

PLV : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

Tiers payant : disposition vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité

BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION

▪ CONSEIL BIEN-ÊTRE

Un programme de prévention santé pour préserver sa forme et prendre soin de soi au quotidien grâce à des programmes de coaching, des défis, des conseils nutrition et bien-être.

▪ PRÉVENTION CANCER

Ce service a pour objet de permettre au bénéficiaire de suivre un parcours, nommé « prévention cancer », initié en ligne par un questionnaire. La finalité de ce parcours est de sensibiliser le bénéficiaire :

- aux risques de développer une pathologie cancéreuse,
- aux actions à mener compte tenu des réponses apportées.

Ce document ne constitue pas un diagnostic.

▪ LA SANTÉ AU QUOTIDIEN

✓ **La téléconsultation médicale**

La téléconsultation est une consultation médicale à distance, assurée par un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins et accessible 7j/7. L'entretien est protégé par le secret médical.

✓ **Réseaux de professionnels de Santé Itelis**

Les réseaux de professionnels de santé Itelis permettent d'accéder à des soins de qualité à tarif négocié : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

LES MONTANTS DES GARANTIES

Les remboursements ci-dessous sont présentés y compris ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

Le cumul de nos prestations, des remboursements du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ (CONTRAT « RESPONSABLE »)

Votre contrat PRAGA100% est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

EN CONSEQUENCE, IL PREND EN CHARGE :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermique,
- l'intégralité des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- l'intégralité des verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- les verres et monture de classe B à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.
- Les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que dans certains cas spécifiques.
- à effet du 1er janvier 2021, l'intégralité des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- à effet du 1er janvier 2021, les aides auditives de classe 2 à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

IL NE PREND PAS EN CHARGE :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds) applicables aux consultations et à certains examens médicaux, ni les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport,
- les dépassements des Prix Limite de Vente (PLV) des soins dentaires prothétiques à prise en charge renforcée ou à tarifs limités, les verres et monture de classe A et les aides auditives de classe 1 lorsque le professionnel

de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels. Et de manière générale, elle respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire.

EN OUTRE, LE CONTRAT PRAGA100% :

- vous permet et à vos ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent. De plus, le contrat responsable permet également de bénéficier du tiers-payant à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les aides auditives, l'optique et le dentaire.
- reprend l'ensemble des libellés normés et les exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

LES FRAIS QUE NOUS PRENONS EN CHARGE

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites du régime PRAGA 100, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans votre tableau de garanties.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

Nous ne prenons pas en charge les séjours et frais relatifs :

- Aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,
- Aux établissements ou unités de longs séjours ;
- Aux établissements ou unités pour personnes âgées.

Nous ne prenons pas en charge les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre Régime Obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires).

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, nous appliquons la garantie sur la base du tarif d'autorité.

Nous ne prenons pas en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont effectués en dehors du territoire français, à l'exception de ceux :

- effectués par un adhérent, ayant le statut de travailleur frontalier, ou de ses bénéficiaires, s'ils sont domiciliés en dehors du territoire français, et si ces soins sont effectués sur leur pays de résidence principale ;
- intervenant dans le cadre de soins inopinés (hospitalier ou ambulatoire) ou de soins programmés avec entente préalable de l'assureur.

Afin de nous assurer que les bénéficiaires de votre contrat soient orientés vers des praticiens reconnus, nous ne prenons en charge que les factures de médecines non conventionnelles, détaillées et acquittées, précisant soit un numéro du répertoire national ADELI, soit un numéro du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

À ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.