



Santé

Les garanties PRAGASENIOR

PRAGASENIOR

Conventions n° 228200417
et n° 228200418

Janvier 2025

VOS GARANTIES EN DÉTAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre des conventions d'assurance.

Ils viennent compléter ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Nous remboursons certaines Prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés dans votre tableau de garanties.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR), les Prix limites de vente (PLV) et les Frais réels incluent la prise en charge du régime obligatoire.

Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément de la Sécurité Sociale française.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés dans votre tableau de garanties.

L'Assuré bénéficie du Tiers Payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

Les garanties souscrites, pour vous et les Bénéficiaires que vous aurez désignés, sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

Tableau de garanties

	PRAGASENIOR 100%	PRAGASENIOR 200%	PRAGASENIOR 300%
	Montant des prestations intégrant les remboursements de la sécurité sociale	(y compris la Sécurité sociale et de la formule de base PRAGASENIOR 100 %)	(y compris la Sécurité sociale et de la formule de base PRAGASENIOR 100 %)
Hospitalisation			
Hospitalisation chirurgicale et médicale			
Frais de séjour			
dans un établissement conventionné	125 % BR	200 % BR	300 % BR
dans un établissement non conventionné	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires			
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	145 % BR	220 % BR	300 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds (1)	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour)	1 % PMSS	2 % PMSS	4% PMSS
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)		1 % PMSS	2 % PMSS
Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an. (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.			
Formule PRAGASENIOR 100% : 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. Formule PRAGASENIOR 200% et 300% : Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6e jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.			
Maternité			
Forfait maternité destiné à couvrir les frais d'accouchement de la bénéficiaire et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples	non pris en charge	10 % PMSS	15 % PMSS
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé*	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Soins (Hors 100% Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale			
- Curetage / surfaçage	non pris en charge	10 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)	25 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)
- Greffe gingivale			
- Lambeau			
- Allongement coronnaire			
dans la limite annuelle par bénéficiaire			
Prothèses (Hors 100% Santé) y compris inlays onlays d'obturation, inlays core			
à tarifs limités**	100 % BR dans la limite de 100 % PLV	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	400 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres***	100 % BR	200 % BR	400 % BR
Les prothèses dentaires (hors inlays onlays et prothèses provisoires) sont limitées à 6 par année civile et par bénéficiaire (2)			
Supplément dents du sourire (Incisive et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures)	non pris en charge	100 % BR	200 % BR
Orthodontie			
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Implants et prothèses sur implants dentaires (non remboursées par la Sécurité sociale):			
Pose de l'implant (Phase opératoire) dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire			
Faux moignon implantaire dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire			
Bridge de base 3 éléments sur implants	non pris en charge	10 % PMSS /an (en complément du RO)	30 % PMSS/implant (en complément du RO)
Eléments supplémentaire de bridge			
Prothèses fixes sur dents vivantes ou non délabrées			
Bridges de base sur dents naturelles saines			
Piliers de bridge supplémentaires sur dent naturelle saine			
(2) Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, au-delà du plafond, le niveau des prestations est égal à 100% du TM (soit 100% BR y compris les remboursements de la Sécurité sociale). *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 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	220 % BR	300 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	220 % BR	300 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	220 % BR	300 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM	100% TM
Imagerie médicale			
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	220 % BR	300 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires paramédicaux			
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Médicaments			
Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale par bénéficiaire et par an	60 Euros	60 Euros	60 Euros
Matériel Médical			
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % BR	200 % BR	300 % BR

PRAGASENIOR 100% Montant des prestations Intégrant les remboursements de la sécurité sociale	PRAGASENIOR 200% (y compris la Sécurité sociale et de la formule de base PRAGASENIOR 100 %)	PRAGASENIOR 300% (y compris la Sécurité sociale et de la formule de base PRAGASENIOR 100 %)
--	--	--

Médecines non conventionnelles

Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,			
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire			
- de X séances :	non pris en charge	3 séances / an / bénéficiaire	
- d'un forfait de :		80 € / an	160 € / an

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADEL ou RPPS.

Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (Infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.).

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.

Equipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)			
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)	400 Euros	524 Euros	861 Euros
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)	560 Euros	560 Euros	861 Euros
dans la limite annuelle par appareil	1 700 Euros	1 700 Euros	1 700 Euros
Les garanties des équipements auditifs intègrent le PRAGASENIOR 100% mais sont exprimés en complément du remboursement du régime obligatoire.			
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	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	100 % BR	100 % BR
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale			
Frais médicaux, de séjour et de transport	100 % BR	10 % PMSS (en complément du RO et y compris PRAGASENIOR 100)	15 % PMSS (en complément du RO et y compris PRAGASENIOR 100)
Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100% BR			

Prévention

Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccin antigrippal	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival , effectué en deux séances maximum	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Optique

Verres et monture			
Equipements 100% Santé *	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Verres et montures à tarifs libres (classe B)			
	Monture	100 Euros	100 Euros
Verres	Avec verres	- Sphère entre -6 et 6 - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
simples	unifocaux	- Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	
Verres	Avec verres	- Sphère hors zone -6 et 6 - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre > 4	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
complexes	unifocaux	- Sphère inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6	
	Avec verres	- Sphère entre -4 et 4 - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4	
	multifocaux	- Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	
Verres très	Avec verres	- Sphère hors zone -4 et 4 - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphère < -8 et Cylindre sup = 0,25	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
complexes	multifocaux	- Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8	

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.

Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du régime obligatoire.

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'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).

Autres postes optique			
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR	5 % PMSS	10 % PMSS
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	non pris en charge	100 % TM	100 % TM
Implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte (par oeil)	100 % BR	152 Euros	315 Euros
L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par oeil) par bénéficiaire et par année civile	non pris en charge	10 % PMSS	15 % PMSS

Services

Itelis			
Le Réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget (Voir conditions dans votre contrat)			
Palmarès des hopitaux : Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Palmarès des hopitaux vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes. C'est un véritable guide de l'hospitalisation en France.			
Assistance (prise en charge au titre des honoraires médicaux)	NON	OUI	OUI

Sous réserve de l'accord du professionnel de santé, et sur envoi d'une note d'honoraires détaillant la nature des **prothèses auditives**, nous proposons la dispense d'avance des frais pour la part prise en charge par nos soins. Toute dispense d'avance de frais fera l'objet d'un accord préalable du gestionnaire santé TESSI selon les modalités décrites sur votre carte de Tiers Payant Optique-Dentaire-Auditif.

Sous réserve de l'accord des opticiens, et sur envoi de la facture détaillée des verres et monture, nous proposons la dispense d'avance des frais sur le **poste verres et monture** pour la part prise en charge par nos soins. Toute dispense d'avance de frais fera l'objet d'un accord préalable du gestionnaire santé TESSI selon les modalités décrites sur votre carte de Tiers Payant Optique-Dentaire-Auditif.

Sous réserve de l'accord des **chirurgiens-dentistes**, et sur envoi d'une note d'honoraires détaillant le numéro des dents traitées et la nature des prothèses, nous proposons la dispense d'avance des frais pour la part prise en charge par nos soins. Toute dispense d'avance de frais fera l'objet d'un accord préalable du gestionnaire santé TESSI selon les modalités décrites sur votre carte de Tiers Payant Optique-Dentaire-Auditif.

Vos garanties Optique dans le détail

Les garanties incluent le remboursement obligatoire de l'Assurance Maladie

Si vous allez chez un opticien partenaire du réseau Itelis,

- Vous n'avez pas de reste à charge sur les verres de marques dont les caractéristiques sont indiquées dans le tableau ci-dessous
- Vous bénéficiez de tarifs négociés et de verres de qualité même si vous choisissez un autre type de verre que celui de la sélection. Dans ce cas, vous aurez à votre charge l'éventuelle différence de prix entre le prix du verre choisi et le prix du verre ci-dessous.

Si vous vous rendez chez un opticien non partenaire du réseau Itelis, vous ne bénéficiez pas de tarifs négociés et votre garantie est limitée aux montants ci-dessous en fonction de votre défaut visuel et de votre niveau de correction, pour chacun des verres Unifocaux et Multifocaux dont les caractéristiques varient selon l'opticien.

Sélection OPTI 5

Itelis – Opti 5				
Correction (cf. détails dans le tableau ci-après)	Dans le réseau Optique Itelis, Remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement* jusqu'à,	
	Caractéristiques du verre unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Tous types de verres dont :	Tous types de verres dont :	149 €	300 €
Modéré	Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	149 €	300 €
Moyen	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre progressif sur-mesure	160 €	300 €
Elevé	Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée	Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée	300 €	300 €
Très élevé	Teinte photochromique (fonce au soleil)	Teinte photochromique (fonce au soleil)	300 €	350 €
Monture	100 €			

*Le remboursement s'entend par verre et inclut le remboursement obligatoire de l'Assurance Maladie.

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 L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Annexe - Présentation des niveaux de correction

Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Élevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère + Cylindre	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

Comprendre les abréviations du tableau de 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 = 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.

FR-MR = Frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'Assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de Remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la Participation forfaitaire de 1€ et des Franchises médicales 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.**