



NOTICE D'INFORMATION GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

SUP-PRAGA 200 %
CONVENTION N°2282004110000

SUP-PRAGA 300 %
CONVENTION N°2282004110010

Janvier 2021



réinventons / notre métier

La Notice a pour but de vous informer des termes de la convention d'assurance n° **228200411** conclue entre nous, sociétés d'assurances mandatant des agents généraux, et l'Association PRAGA.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **La convention d'assurance n°228200411** est un contrat collectif à adhésion facultative couvrant des risques de santé, elle sera le plus souvent désignée par la convention d'assurance.
- **L'assureur** est l'ensemble des sociétés d'assurances mandatant des agents généraux et qui garantissent le risque souscrit. L'apériteur de la coassurance à la date d'effet du contrat est AXA France VIE. Il sera le plus souvent désigné par **nous**.
- **Le souscripteur** est l'Association PRAGA de loi 1901 ci-après dénommée PRAGA qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur**.
- **L'adhérent** à la convention d'assurance est la personne qui :
 - s'engage par la signature du bulletin d'adhésion,
 - choisit les garanties,
 - désigne le ou les bénéficiaires des prestations,
 - paye les cotisations.
- Son adhésion est composée :
 - de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement de la convention d'assurance et des garanties.
 - du certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées et les garanties.

L'adhérent sera le plus souvent désigné par **vous**.

- **Les bénéficiaires** sont vous-même et vos ayants droit définis à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

SOMMAIRE

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D’ASSURANCE	4
Article 1. Objet de la convention d’assurance	4
Article 2. Effet et durée de la convention d’assurance	4
Article 3. Information	4
Article 4. La renonciation	4
Article 5. Modification de la convention d’assurance.....	4
Article 6. Les réclamations.....	5
Article 7. La prescription	5
Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel.....	6
Article 9. Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	7
Article 10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.....	7
TITRE II – VOTRE ADHÉSION.....	8
Article 11. Groupe assurable	8
Article 12. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties.....	8
Article 13. Les cotisations	10
TITRE III – VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	12
Article 14. Les bénéficiaires de la garantie	12
Article 15. Choix et modification du niveau de garantie	13
Article 16. Vos remboursements de frais de santé	13
Article 17. Les montants des garanties	15
Article 18. Les services	23
Article 19. Les documents nécessaires au règlement des prestations.....	27

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D’ASSURANCE

ARTICLE 1. OBJET DE LA CONVENTION D’ASSURANCE

PRAGA, Association loi de 1901 dont le siège est situé au 30 rue Olivier Noyer, Paris (75014), a conclu une convention d’assurance de groupe à adhésion facultative, avec l’ensemble des sociétés d’assurances mandatant des agents généraux et qui garantissent le risque souscrit.

L’apériteur de la coassurance à la date d’effet du contrat est AXA France VIE, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l’Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d’adhésion (Article « Groupe assurable »), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrite dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Vos garanties frais de santé », ainsi que les services d’assistance détaillés au titre « Vos services d’assistance ».

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Elle est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d’assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables et solidaires », défini aux articles L 871-1, R-871-1 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 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

La convention N°228200411 est de plus émise dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non-salariés (TNS), non agricoles, la déductibilité fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

ARTICLE 2. EFFET ET DURÉE DE LA CONVENTION D’ASSURANCE

La convention d’assurance signée entre PRAGA et l’assureur est conclue à effet du 1er janvier 2006. Elle est en vigueur jusqu’au 31 décembre de l’année de sa prise d’effet et se reconduit par accord tacite au 1er janvier de chaque année.

ARTICLE 3. INFORMATION

Le souscripteur s’engage à vous remettre un exemplaire de la notice précisant les modalités d’application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

La preuve de la remise de la notice à l’adhérent et de l’information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur. Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d’application de la convention notamment à l’adhésion ou en cas d’application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès de l’association PRAGA qui est en mesure d’étudier toutes vos demandes et à défaut à votre conseiller.

ARTICLE 4. LA RENONCIATION

Vous disposez d’un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d’adhésion et au plus tard à compter du jour d’encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

**Association PRAGA - Service Santé et prévoyance - 30 Rue Olivier Noyer –
CS n° 51432 - 75676 Paris Cedex 14 – relations.clients@praga-assurances.fr**

ARTICLE 5. MODIFICATION DE LA CONVENTION D’ASSURANCE

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l’assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhéré. En particulier, la convention sera automatiquement révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et l'Association contractante. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'Association PRAGA, conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

ARTICLE 6. LES RÉCLAMATIONS

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié APRIA RSA, quant au règlement des prestations par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

Direction Relations Clientèle
Axa Entreprises
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre convention ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, dans un délai d'un an à compter de la date de réception de la réclamation écrite que vous nous avez adressée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante – La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 7. LA PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 8. LA LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

ARTICLE 9. LES MESURES DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'Assureur de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs. Le souscripteur s'engage à fournir les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance clients de ses adhérents obtenus soit directement, soit par l'intermédiaire d'une tierce personne délégataire du souscripteur. Ces éléments devront être obtenus a minima au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble des éléments communiqués devront être actualisés tout au long de la relation d'affaires.

Le souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

ARTICLE 10. LES MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Le présent contrat sera sans effet et Axa ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait Axa aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

TITRE II – VOTRE ADHÉSION

ARTICLE 11. GROUPE ASSURABLE

Sont admissibles au présent contrat les Agents Généraux d'Assurance bénéficiant des garanties du contrat de base PRAGA 100 %, ainsi que les adhérents au contrat 228200410 pour les annexes 1000 et 5010.

L'adhérent sera âgé de moins de 75 ans le jour de son adhésion au contrat, âge déterminé par différence de millésime.

Les membres de leur famille définis au contrat de base PRAGA 100 % peuvent bénéficier de la garantie s'ils sont désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion, sous réserve du paiement de leur cotisation.

Les garanties souscrites pour vous et les bénéficiaires que vous aurez désignés sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

Pour bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite loi Madelin, vous devez justifier que vous êtes à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse en produisant avec votre demande d'adhésion, une copie de votre carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'assurance vieillesse chaque année.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, votre adhésion est entachée de nullité et les peines sanctionnant cette infraction sont encourues (articles L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité sociale).

Formalités d'adhésion

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- un mandat de prélèvement SEPA
- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne),
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois).

En cours d'adhésion

Vous devez nous fournir : dans les plus brefs délais et avant soixante jours, les informations relatives aux changements de votre situation de famille :

- pour tout nouveau bénéficiaire,
 - en cas de changement de situation de famille :
 - conjoint : une copie de l'acte de mariage ;
 - partenaire ou concubin tel que défini à l'article « Les bénéficiaires de la garantie » : selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,
 - enfant : une copie de l'acte de naissance ;
 - en cas d'évènement de la vie (départ à la retraite, perte d'emploi) qui justifierait l'adhésion à une nouvelle complémentaire santé.
 - Certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé
- Si vous ou vos ayants droit ne souhaitez plus bénéficier de vos garanties santé, vous devez nous restituer l'attestation de tiers payant dans les plus brefs délais.

ARTICLE 12. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES

Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

La date d'admission est fixée au premier jour du mois suivant la réception par nos services du bulletin d'adhésion.

Votre adhésion est renouvelable chaque année à son échéance principale par tacite reconduction.

Fin de l'adhésion

- À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À chaque échéance annuelle, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt un mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale PRAGA - Service Santé et Prévoyance - 30, rue Olivier Noyer CS N° 51432 - 75676 Paris cedex 14 de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.
- Par voie électronique à l'adresse suivante : relations.clients@praga-assurances.fr, que vous ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.
A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues contractuellement.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

- À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre adhésion dans les cas suivants :

- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « les cotisations » ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à l'adhésion.

Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion, pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, suivant les modalités prévues à l'article « Fin de l'adhésion »,
- à la date à laquelle vous et vos bénéficiaires ne bénéficiez plus des garanties de la convention de base PRAGA 100

En cas de radiation de l'adhésion, l'adhérent ne pourra plus prétendre à bénéficier et faire bénéficier de nouveau les membres de sa famille de la garantie de la convention. Sauf en cas de :

- Modification de sa situation de famille ;
- De perte d'une couverture complémentaire santé souscrite par un des membres de sa famille.

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

ARTICLE 13. LES COTISATIONS

Le montant des cotisations

Pour chaque formule, le montant de la cotisation annuelle due, par adhérent et pour chaque membre de sa famille bénéficiaire de la garantie figure dans l'annexe de la présente notice.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de la formule choisie, de votre âge et celui de vos bénéficiaires l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1er janvier de l'année par différence de millésime.

Vos cotisations sont réajustées à compter du 1er janvier en fonction de votre année de naissance et de celles de vos bénéficiaires.

Les bénéficiaires au contrat doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Pour chaque bénéficiaire de la garantie, la cotisation est due jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel survient son décès ou au cours duquel les gestionnaires ont connaissance de la perte de la qualité de bénéficiaire.

Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance trimestrielle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

En cas de désaccord entre les parties sur cette révision, la cotisation sera indexée selon l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre les deux exercices précédents l'exercice au cours duquel est calculée la majoration de votre taux de cotisation. Vous êtes informé des nouveaux taux de cotisation au moins un mois avant le 1er janvier.

Par ailleurs elle peut être modifiée pour des motifs d'ordre législatif ou réglementaire, tels que la modification des taux de remboursements du régime obligatoire ou des forfaits journaliers hospitaliers. Dans ce cas, les changements s'appliquent à la première échéance rencontrée. De même, elle peut être révisée en fonction de l'évolution des garanties de la convention de base PRAGA 100.

Règlement des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle est payable :

- Soit par fraction mensuelle par prélèvement bancaire ou postal effectué d'avance par le souscripteur ;
- Soit annuellement et d'avance : le paiement est effectué par carte bancaire, par virement bancaire ou par chèque libellé à l'ordre du souscripteur.

Le paiement de la cotisation est effectué auprès du souscripteur qui est responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

Défaut de paiement des cotisations

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons au Souscripteur, responsable de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat. La résiliation entraîne la fin des garanties du présent contrat pour l'ensemble des adhérents, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé avant l'expiration du délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. L'adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

TITRE III – VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies au certificat d'adhésion et dans la présente notice. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements du Régime Obligatoire, du contrat base PRAGA 100 et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables des frais exposés par le bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

Pour vous accompagner au quotidien, votre garantie prévoit également des services d'assistance.

ARTICLE 14. LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie. Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,
 - Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- vos enfants et ceux de votre conjoint :
 - jusqu'à leur 20^e anniversaire, s'ils sont à votre charge fiscalement (ou à celle de votre conjoint),
 - jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en apprentissage ou en alternance,
 - ils effectuent leur service national volontaire,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou Allocation pour Adulte Handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 28^{ème} anniversaire,

En cas de changement de situation de famille, les dispositions suivantes sont appliquées :

- en cas de mariage ou de Pacte civil de solidarité, le conjoint ou le partenaire a la faculté d'adhérer à la convention d'assurance, la date d'effet étant fixée au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande.
- en cas de naissance d'un enfant, les garanties sont accordées pour cet enfant à effet de sa date de naissance sous réserve qu'elle nous soit déclarée dans les deux mois.

Dans chacun de ces cas, il n'y aura pas d'adhésion rétroactive sauf en cas de naissance d'un enfant selon les modalités décrites ci-dessus.

ARTICLE 15. CHOIX ET MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE

Au moment de son adhésion, l'adhérent a le choix entre deux niveaux de remboursement, soit « SUP-PRAGA 200% » soit « SUP-PRAGA 300% ». Ce choix doit être formulé sur le bulletin d'adhésion et s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

Au moment du renouvellement annuel du contrat, et avant ses 75 ans, l'adhérent a la possibilité de demander aux services de l'association PRAGA, l'augmentation de son niveau de remboursement. Il doit adresser avant le 1er novembre de l'année en cours, un nouveau bulletin d'adhésion. Les nouvelles garanties prennent effet au 1er janvier suivant. **En attendant la prise d'effet au 1^{er} janvier de la nouvelle option, les remboursements sont effectués sur la base de l'ancienne option.**

Une baisse du niveau de garantie ne peut être autorisée qu'après six mois, au minimum, de couverture « SUP-PRAGA 300% ». Dans ce cas, la prise d'effet est le premier jour du mois suivant la demande de modification d'option.

Le changement d'option n'entraînera pas la prise en charge des remboursements de frais en cours sur les bases de la nouvelle option.

ARTICLE 16. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ

Contrat « responsable »

Votre convention est émise 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 conséquence :

Elle 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.
- 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.

Elle 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).
- 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. Les garanties de la convention sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

En outre, la présente convention :

- 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,
- 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

Vous bénéficiez du Tiers Payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits dans votre certificat d'adhésion, 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 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.

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.

Vous bénéficiez du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

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

ARTICLE 17. LES MONTANTS DES GARANTIES

Nos prestations complètent celles reçues au titre de la Sécurité sociale française, du contrat de base PRAGA 100%, et de tout autre organisme maladie obligatoire français, dans la limite des frais réels engagés. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française.

Sauf mention contraire, le niveau des remboursements exprimé ci-après intègre le montant des prestations versées au titre du contrat de base PRAGA 100 % et de la Sécurité sociale française.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale française. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-après.

Il est rappelé que les remboursements de frais relatifs à la prévention, les frais de transport, la pharmacie, les consultations et soins dentaires ainsi que le forfait journalier sont pris en charge au titre du contrat frais de santé PRAGA 100 (voir notice dudit contrat).

	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
	(Intégrant les remboursements de la Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %)	(Intégrant les remboursements de la Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %)
HOSPITALISATION		
Hospitalisation chirurgicale et médicale		
Frais de séjour		
dans un établissement conventionné	200 % BR	300 % BR
dans un établissement non conventionné	200 % BR	300 % BR
Honoraires		
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	220 % BR	300 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds (1)	100 % Forfait	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour)	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.

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	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Forfait maternité destiné à couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples	10 % PMSS	15 % PMSS
DENTAIRE	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Soins et prothèses 100% Santé*	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
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale		
- Curetage / surfaçage		
- Greffe gingivale	10 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)	25 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)
- Lambeau		
- Allongement coronaire		
dans la limite annuelle par bénéficiaire		
Prothèses (Hors 100% Santé) y compris inlays onlays d'obturation, inlays core		
à tarifs limités**	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	300 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres***	200 % BR	300 % 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)	100 % BR	200 % BR
Orthodontie		
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	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	10 % PMSS /an (en complément du RO)	25 % PMSS /an (en complément du RO)
Éléments supplémentaires 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	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Honoraires médicaux		
Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR	300 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR	200 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR	300 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR	300 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR	200 % BR
Imagerie médicale		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR	300 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
pris en charge par la Sécurité sociale	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	200 % BR	300 % BR
Médicaments		
Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100 % BR	100 % BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité Sociale par bénéficiaire et par an	60 €	60 €
Matériel Médical		
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	200 % BR	300 % BR

MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,		
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire		
- de X séances :	3 séances / an / bénéficiaire	
- d'un forfait de :	80 € / an	160 € / an

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI ou le n° FINESS du praticien sera demandé.

AIDES AUDITIVES	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
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	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)		
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)	524 €	861 €
Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans)	560 €	861 €
dans la limite annuelle par appareil	1 700 €	1 700 €
Les garanties des équipements auditifs intègrent le PRAGA 100 mais est en complément le remboursement du régime obligatoire.		
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	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	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Frais de Transport	100 % BR	100 % BR
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale		
Frais médicaux, de séjour et de transport	10 % PMSS (en complément du RO et y compris le PRAGA 100)	15 % PMSS (en complément du RO et y compris le PRAGA 100)
Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100% BR		

PRÉVENTION	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Vaccin antigrippal	100 % FR	100 % FR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	100 % BR	100 % BR

OPTIQUE		SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %	
Verres et monture				
Equipements 100% Santé *		100 % PLV	100 % PLV	
Verres et montures à tarifs libres (classe B)				
Monture		100 €	100 €	
Verres simples	Avec verres unifocaux	- Sphère entre -6 et 6 - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	50 € / verre	105 € / verre
	Avec verres unifocaux	- Sphère hors zone -6 et 6 - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre > 4 - Sphère inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6	122 € / verre	255 € / verre
Verres complexes	Avec verres multifocaux	- Sphère entre -4 et 4 - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8		
	Avec verres multifocaux	- Sphère hors zone -4 et 4 - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphère < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8	152 € / verre	300 € / verre

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

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'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 optiques		SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire		5 % PMSS	10 % PMSS
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de :		100 % TM	100 % TM
Implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte (par oeil)		152 €	315 €
L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par oeil) par bénéficiaire et par année civile		10 % PMSS	15 % PMSS
SERVICES		SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Assistance		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 APRIA-RSA 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 APRIA-RSA 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 APRIA-RSA selon les modalités décrites sur votre carte de Tiers Payant Optique-Dentaire-Auditif.

QUELQUES DÉFINITIONS

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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (INFORMATIONS NON CONTRACTUELLES) :

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-après les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

SUP PRAGA 200	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement du PRAGA 100	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions	
Hospitalisation							
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	Mors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte SFGA004) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte de bord, le patient doit s'acquies d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	431,00 €	247,70 €	91,93 €	91,38 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte SFGA004) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte de bord, le patient doit s'acquies d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	Prix moyen national de l'acte	2 500,00 €	982,07 €	275,52 €	754,55 €	487,86 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte OGCA031) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte de bord, le patient doit s'acquies d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Optique							
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Prix moyen national de l'acte	345,00 €	0,09 €	0,06 €	199,85 €	145,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200 € (Mors nouveau tarif)
Dentaire							
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	84,00 €	36,00 €	120,00 €	298,70 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	75,25 €	32,25 €	107,50 €	323,70 €	
Aides auditives							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	0,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	240,00 €	160,00 €	364,00 €	712,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille haute gamme	Prix moyen national de l'acte	2 000,00 €	240,00 €	160,00 €	364,00 €	1 236,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Soins courants							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Prix moyen national de l'acte	25,00 €	16,50 €	7,50 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 16 sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel	30,00 €	20,00 €	9,00 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 16 sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	44,00 €	20,00 €	9,00 €	14,00 €	1,00 €	Franchise de 16 sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	56,00 €	15,10 €	6,90 €	23,00 €	11,00 €	Franchise de 16 sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	330,00 €	47,30 €	20,70 €	69,00 €	193,00 €	Franchise de 16 sur le remboursement de la Sécurité sociale

Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

SUP PRAGA 500	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement du PRAGA 500	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions	
Hospitalisation							
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de facture	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte SFCA004) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte de bord, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de facture	431,00 €	247,70 €	91,93 €	91,38 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte SFCA004) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte de bord, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	Prix moyen national de facture	2 500,00 €	982,07 €	275,52 €	754,55 €	487,86 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte OGCA31) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte de bord, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Optique							
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	0,00 €	Myope entre -4 et -6 sur chaque œil
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Prix moyen national de facture	345,00 €	0,09 €	0,06 €	299,85 €	45,00 €	Myope entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200 € (hors niveau santé)
Dentaire							
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de facture	538,70 €	84,00 €	36,00 €	240,00 €	178,70 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de facture	538,70 €	75,25 €	32,25 €	215,00 €	216,20 €	
Aides auditives							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	0,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille	Prix moyen national de facture	1 476,00 €	240,00 €	160,00 €	701,00 €	375,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille haute gamme	Prix moyen national de facture	2 000,00 €	240,00 €	160,00 €	701,00 €	899,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Soins courants							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Prix moyen national de facture	25,00 €	16,50 €	7,50 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel	30,00 €	20,00 €	9,00 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de facture	44,00 €	20,00 €	9,00 €	14,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de facture	56,00 €	15,10 €	6,90 €	23,00 €	11,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de facture	330,00 €	47,30 €	20,70 €	69,00 €	193,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale

ARTICLE 18. LES SERVICES

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN BÉNÉFICIAIRE OU UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS

Pour chacune des prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, nous pouvons communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

▪ **Garde des enfants**

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un de vos proches,
- soit en confiant la garde de vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 euros maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à **40 heures**, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

▪ **Aide-ménagère à domicile**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à une période maximale de **40 heures**. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder quarante heures, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.

▪ **Garde malade**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant son hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder **40 heures**, réparties sur vingt jours et à raison de quatre heures consécutives minimum par jour.

▪ **Présence d'un proche à votre chevet**

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet pendant votre immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de **80 euros** par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).
Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de domicile ou de celui du bénéficiaire concerné.

- **Organisation de services**

A votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants :

- accompagnement dans les déplacements sous réserve que l'état permette ce déplacement (Les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination),
- recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

- **Recherche d'une place dans un milieu hospitalier**

A votre demande et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

- **Soins à domicile**

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, nous mettons à votre disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de votre médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à votre charge.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

- **Soutien pédagogique**

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

ASSISTANCE EN CAS DE GROSSESSE OU SÉJOUR EN MATERNITÉ

• Informations maternité

Notre équipe médicale vous communique des informations et conseils médicaux en puériculture. Elle donne tout renseignement d'ordre général

Selon les cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches et vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,
- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-fœtal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc....) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc....), la dentition, les maladies du nourrisson.

L'intervention de notre médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, nous vous conseillerions de consulter votre médecin traitant.

ASSISTANCE EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE ET/OU RADIOTHÉRAPIE

A votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT À PLUS DE 50km DU DOMICILE

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que votre état de santé le permet.

La décision de rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous dirigeons le bénéficiaire alors :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à votre état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de votre domicile,
- soit vers votre domicile.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.

DÉFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier.
Les autres garanties s'exercent en France.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Equipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons.

Pour la mise en œuvre des services d'assistance, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro suivant 01.72.59.51.60, et obtenir l'accord préalable de l'équipe médicale.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

ARTICLE 19. LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Dans tous les cas, si votre décompte de Sécurité sociale nous est télétransmis, vous n'avez pas à nous le faire parvenir.

La médecine courante

- L'original du décompte de la Sécurité sociale

La médecine alternative ou non conventionnelle

- L'original de la facture

La prévention

- Vaccins prescrits par un médecin
- Détartrage sus et sous gingival
- La prescription médicale et l'original de la facture
- L'original du décompte de la Sécurité sociale

Les frais de transport

- L'original du décompte de la Sécurité sociale

La pharmacie

- Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale
- L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant)

Le dentaire

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- Pour les prothèses ou actes de parodontologie, l'original de la facture détaillée de tous les actes.

L'optique

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- Pour les lunettes : l'original de la facture
- Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture

L'auditif

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)
- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée

Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée

L'hospitalisation

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- L'original de la facture,
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires

Les cures thermales

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- L'original des factures

La maternité

Une copie de l'acte de naissance de l'enfant

Pour la chambre particulière

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- L'original de la facture,
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement

QUELQUES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la mention " acquittée " et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

3

0

r
u
e

O
l
i
v
i
e
r

N
o
y
e
r

C
S



PRAGA

ASSURANCES

5
1
4
3
2

30 rue Olivier Noyer
CS N° 51432
75676 Paris cedex 14

Standard: 01 81 69 36 30
relations.clients@praga-assurances.fr

Internet:
www.praga-assurances.fr

Assurance surcomplémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA France Vie SA - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances

Siren : 310 499 959

Produit : **SUP-PRAGA 200 % et 300 %**



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat Santé. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat surcomplémentaire Santé SUP-PRAGA 200 % et 300 % est un contrat personnalisé et adapté aux besoins des assurés destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale Française et de tout autre organisme mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un contrat collectif qui s'adresse aux adhérents qui sont des Agents généraux d'assurance qui souhaitent bénéficier d'une couverture surcomplémentaire santé. Le contrat est à adhésion facultative. Les assurés bénéficient des garanties jusqu'à la date à laquelle l'adhérent quitte l'association. Ce produit propose des solutions qui respectent les conditions légales des contrats responsables et éligibles au dispositif Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

L'adhérent choisit les garanties qu'il souhaite parmi celles qui sont proposées au produit SUP-PRAGA et ses bénéficiaires. Les garanties proposées figurent dans le tableau des garanties.

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie souscrit, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées par l'assuré et une somme peut rester à sa charge.

LES GARANTIES PROPOSEES :

Hospitalisation (y compris maternité) : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnant.

Soins courants : consultations médicales et visites de médecins, analyses et examens de laboratoire, imagerie médicale, actes paramédicaux, médicaments à service médical rendu élevé (remboursés à 65% par la Sécurité sociale), médicaments à service médical rendu modéré (remboursés à 30% par la Sécurité sociale), médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15% par la Sécurité sociale), médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, moyens contraceptifs féminins non remboursés par la Sécurité sociale, Matériel médical (prothèses d'aide à la vie autres que dentaires).

Optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale, lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale, opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser.

Dentaire : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, appareils amovibles), implants, orthodontie remboursée par la Sécurité sociale, orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale.

Aides auditives

Transport

Médecine douce

Prévention

Cures thermales

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Aides à domicile et services d'information en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours,
- ✓ Rapatriement en cas d'atteinte corporelle grave à plus de 50 km du domicile.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjour et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques (comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et certains examens médicaux.
- ! La franchise médicale applicable sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Si le contrat est responsable : les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire non maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation**
Soins de suite ou de réadaptation pris en charge par la Sécurité sociale suite à hospitalisation et séjours en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale limité au ticket modérateur au-delà d'un certain nombre de jours.
Chambre particulière et lit d'accompagnant limités en nombre de jours par an et par bénéficiaire.
- ! **Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale**
limités à un forfait en euros, par an et par bénéficiaire.
- ! **Optique**
Lunettes limitées en nombre de paires par période et par bénéficiaire.
Opération de la myopie et de l'hypermétropie limitée à un forfait en euros par œil, par an et par bénéficiaire.
- ! **Dentaire**
Implants limités en nombre d'actes par an et par bénéficiaire.
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale limitée en nombre de semestres.
- ! **Médecine douce, prévention et cures thermales** limitées en nombre de séances ou à un forfait en euros, par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

Les adhérents sont couverts :

- ✓ En France et à l'étranger,
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué selon les modalités de prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français et dans la limite des frais engagés.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie :

A l'adhésion au contrat

- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ainsi que le bulletin individuel d'adhésion complété et signé.
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation indiquée au contrat).
- Remplir les critères d'adhésion : être Agent général d'assurance bénéficiant des garanties du contrat de base PRAGA 100 %, ainsi que les adhérents au contrat 228200410 pour les annexes 1000 et 5010 et être âgé de moins de 75 ans le jour de son adhésion au contrat, âge déterminé par différence de millésime.

En cours de contrat

- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires au paiement des prestations selon les modalités prévues dans la notice d'information
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 60 jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements :
 - Changements de situation de famille : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès),
 - Changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
 - Résiliation de l'adhésion à l'association.
- Payer les cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Deux modalités de paiement possibles :

- Prélèvement mensuel de la cotisation
- Paiement annuel et d'avance de la cotisation par chèque ou par virement bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Votre adhésion prend effet à la date figurant au certificat d'adhésion sous réserve du paiement de la première.

Vous disposez d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement au 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Les garanties prennent fin en cas de cessation du paiement des cotisations ou en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- au 31 décembre de l'année en cours sous réserve de nous en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date précitée
- en cas de révision des dispositions du contrat et notamment des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée avec accusé de réception dans les deux mois qui suivent leur notification.

Annexe : Frais de Santé SUP-PRAGA 200 % - n° 2282004110000 SUP-PRAGA 300 % - n° 2282004110010

COTISATIONS ANNUELLES 2021

Le montant de la cotisation annuelle par adhérent et pour chacun des membres de sa famille bénéficiaire de la garantie est égal à :

Âge du bénéficiaire <small>(calculé par différence de millésime entre l'année civile en cours et l'année de naissance)</small>	Montant de la cotisation	
	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Moins de 21 ans	155,77 €	309,15 €
21 à 30 ans	173,95 €	329,75 €
31 à 40 ans	199,20 €	445,11 €
41 à 50 ans	223,44 €	486,31 €
51 à 59 ans	291,11 €	642,87 €
60 à 64 ans	322,42 €	682,01 €
65 à 69 ans	326,46 €	691,28 €
70 à 74 ans	350,70 €	730,42 €
75 à 79 ans	386,05 €	753,08 €
80 ans et plus	428,47 €	793,25 €