



Les montants des garanties du contrat PRAGA 100%

Les remboursements ci-dessous sont présentés y compris ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

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

Montant des prestations intégrant les remboursements de la sécurité sociale

Hospitalisation

Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris frais maternité)

Frais de séjour

dans un établissement conventionné	125 % BR
dans un établissement non conventionné	125 % BR

Honoraires

Médecins adhérents à l'un des DPTAM	145 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	125 % BR

Forfait journalier hospitalier

100 % Forfait

Forfait actes lourds (1)

100 % Forfait

Chambre particulière (par jour)

1 % PMSS

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

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

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale

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

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

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé*

100 % PLV

Soins (Hors 100% Santé)

Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
---	----------

Prothèses (Hors 100% Santé) y compris Inlays Onlays d'obturation et inlays core

à tarifs limités**	100 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres***	100 % BR

Orthodontie

Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
--	----------

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

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

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



Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR

Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR

Analyses et examens de laboratoire

pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
--	----------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR
---	----------

Médicaments

Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100 % BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale par bénéficiaire et par an	60 Euros

Matériel Médical

Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % BR
--	----------

Aides auditives

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

A partir du 1er janvier 2021

Equipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)	
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)	400 Euros
Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans)	1400 Euros

Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du régime obligatoire.

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
--	----------

***Equipements 100% Santé :** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

Autres postes

Frais de Transport	100 % BR
---------------------------	----------

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale

Frais médicaux, de séjour et de transport	100 % BR
---	----------

Prévention

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

Optique

Verres et monture

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

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

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

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

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

Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR
--	----------

Implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte	100 % BR
---	----------