



Les remboursements ci-dessous sont présentés y compris ceux de la Sécurité sociale française, du contrat de base PRAGA 100 et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du

2024

SUP PRAGA 200%
(y compris la Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %)

SUP PRAGA 300%
(y compris 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.		
Maternité		
Forfait maternité destiné à couvrir les frais d'accouchement de la bénéficiaire et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples	10 % PMSS	15 % PMSS
Dentaire		
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		
- Lambeau	10 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)	25 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)
- 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	400 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres***	200 % BR	400 % BR
Les prothèses dentaires (hors inlays onlays et prothèses provisoires) sont limitées à 6 par année civile et par bénéficiaire (2)		
Supplément dents du sourire (Incisive et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières)	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 remboursés 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		
Éléments supplémentaire de bridge	10 % PMSS /an (en complément du RO)	30 % PMSS/implant (en complément du RO)
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 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	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
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
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		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques, pris en charge par la Sécurité sociale.	200 % BR	300 % BR
Médecines non conventionnelles		
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. Nous prenons en charge les actes sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI, RPPS ou FINESS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue.

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	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)		
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)	524 Euros	861 Euros
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)	560 Euros	861 Euros
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

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

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

Verres et monture

Equipements 100% Santé *	100 % PLV	100 % PLV
Verres et montures à tarifs libres (classe B)		
Monture	100 Euros	100 Euros
Verres simples Avec verres unifocaux - Sphère entre -6 et 6	50 Euros / verre	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
Verres complexes Avec verres unifocaux - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4		
Avec verres multifocaux - Sphère entre -4 et 4	122 Euros / verre	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
Verres très complexes Avec verres multifocaux - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4		
Avec verres multifocaux - Sphère hors zone -4 et 4	152 Euros / verre	Frais réels sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
Avec verres multifocaux - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre > 4		

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

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

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

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

Autres postes optique

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

Services

Assistance OUI OUI

Pour mieux comprendre les garanties

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

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

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

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.**

Grille OPTI 5

Les remboursements ci-dessous viennent en déduction de 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. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Sur complémentaire - Itelis - Opti 5

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

Annexe - Présentation des niveaux de correction

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