



Les montants de garanties du contrat SUP-PRAGA

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.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6e jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

Maternité

Forfait maternité destiné à couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples

10 % PMSS

15 % PMSS



	SUP PRAGA 200%	SUP PRAGA 300%
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	10 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)	25 % PMSS /an / bénéficiaire (en complément du RO)
- Greffe gingivale		
- 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 du PLV	400 % BR dans la limite du 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 prémolaires inférieures)	100 % BR	200 % BR
Orthodontie	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	10 % PMSS /an (en complément du RO)	30 % PMSS/implant (en complément du RO)
Bridge de base 3 éléments sur implants		
Éléments supplémentaire de bridge		
Prothèses fixes sur dents vivantes ou non délabrées		
Bridges de base sur dents naturelles saines		
Piliers de bridge supplémentaires sur dent naturelle saine		
(2) Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, au-delà du plafond, le niveau des prestations est égal à 100% du TM (soit 100% BR y compris les remboursements de la Sécurité sociale).		
*Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code 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
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

SUP PRAGA 200%

SUP PRAGA 300%

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.

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)	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**).

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 - Sphère entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	50 Euros / verre Sans reste à charge sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
Verres complexes	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 Euros / verre Sans reste à charge sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5
	Avec verres multifocaux	- Sphère entre -4 et 4 - Sphère entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphère > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	
Verres très complexes	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 Euros / verre Sans reste à charge sur l'offre recommandée, voir Grille OPTI 5

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

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		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



	SUP PRAGA 200%	SUP PRAGA 300%
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
Services		
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