

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- part de la Sécurité sociale comprise

	Part Sécurité sociale	Option 1 Base CCN	Option 2	Option 3	
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux				
	Consultations et visites généralistes (généralistes et spécialistes)				
	Actes techniques médicaux	70%	100% BR	200% BR (160% BR si non OPTAM)	100% FR (200% BR si non OPTAM)
	Radiologie				
	Soins externes	60% à 70%			
	Honoraires paramédicaux				
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100% BR	160% BR	200% BR
	Transport	65%			
	Analyses et examens de laboratoire	60%			
	Médicaments				
Pharmacie remboursée par la SS	65% / 30% / 15%	100% BR	100% BR	100% BR	
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	-	-	vaccin anti-grippe 15€	tous vaccins 60€	
Contraception féminine prescrite, non remboursée par la SS	-	-	40€ / an / bénéf.	60€ / an / bénéf.	
Matériel médical ⁽²⁾					
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100% BR	500% BR	550% BR	
HOSPITALISATION	Honoraires				
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾	80%	100% BR	200% BR (160% BR si non OPTAM)	100% FR (200% BR si non OPTAM)
	Chambre particulière ⁽³⁾	-	35€ / jour	60€ / jour	75€ / jour
	Lit accompagnant pour enfants de - de 14 ans ou bénéficiaire de + de 70 ans ⁽³⁾	-	35€ / jour	35€ / jour	35€ / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120€	100% + 1 forfait	100% FR	100% FR	100% FR
	Forfait journalier ^{(3) (4)} et Forfait urgences ^{(3) (4bis)} en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui
	Forfait journalier ^{(3) (4)} et Forfait urgences ^{(3) (4bis)} en établissements hospitaliers	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Équipement optique 100 % Santé ^{(5) (6)}					
Autres équipements optique (verres et monture)					
Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ^{(6) (7)}	60% ^(b)	Verres ⁽⁵⁾ : Frais réels Monture : 100€	Verres ⁽⁵⁾ : Frais réels Monture : 100€	Verres ⁽⁵⁾ : Frais réels Monture : 100€	
Équipement libre ^{(6) (7) (8)}					
• Monture		100€	100€	100€	
• Équipement verres simples	60% ^(c)	150€	150€	150€	
• Équipement verres complexes		225€	225€	225€	
• Équipement verres très complexes		250€	250€	250€	
Lentilles ⁽⁹⁾					
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	60%	320€	320€	320€	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	-				
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	-	1000€ / an / bénéf	1000€ / an / bénéf	1000€ / an / bénéf	
DENTAIRE	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ^{(2) (10)}				
	Soins dentaires				
	Inlay / onlay (par acte)				
	Autres Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾	70%	125% BR	125% BR	200% BR 125% BR
	Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽⁹⁾	-	-	200€ / an / bénéf.	300€ / an / bénéf.
	Autres prothèses dentaires				
	Prothèses dentaires remboursées SS				
	• Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹²⁾	70%	200% BR y compris inlays core	350% BR ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾ 500% BR ⁽²⁾
	• Autres prothèses				
	Orthodontie				
	Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100%	250% BR	250% BR	300% BR
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹³⁾	-	-	200€	400€
	Implants (par an et par bénéficiaire) ⁽⁹⁾				
Si partenaire implantologue Sévéane	-	5% PMSS / an / bénéf.	400€	800€	
Dans les autres cas	-		200€	400€	
AIDES AUDITIVES	Équipements auditifs 100% Santé (au 01.01.2021) ⁽¹⁹⁾				
	Prothèses auditives ^{(2) (14)}				
	Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans				
	Si partenaire audioprothésiste Sévéane		400€/ oreille/bénéf	1100€ ⁽²⁾ par oreille/bénéf	1350€ ⁽²⁾ par oreille/bénéf
	Dans les autres cas	60%		950€ ⁽²⁾ par oreille/bénéf	1100€ ⁽²⁾ par oreille/bénéf
	Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		1400€	1400€ ⁽²⁾	1400€ ⁽²⁾
Accessoires ⁽¹⁵⁾		100% BR	100% BR	100% BR	
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Maternité				
	Forfait maternité (doublé en cas de naissance gémellaire)	-	10% PMSS	10% PMSS	10% PMSS
	Prévention et autres soins				
Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽⁹⁾					
Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Étioopathes, Diététiciens, Psychologues	-	100€ ^(16bis)	100€ ⁽¹⁶⁾	160€ ^{(16) (17)}	
Cures thermales ⁽¹⁸⁾	65%	-	100% BR + 150€	100% BR + 300€	

Tous les remboursements sont plafonnés aux montants des frais engagés. Les remboursements complémentaires à ceux de la Sécurité sociale s'entendent :

- Dans la limite des montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale et de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique. Les garanties s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale (Rbt SS).

Elles sont formulées :

- soit en €,
- soit en pourcentage des Frais réels (% FR),
- soit en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale, ou en pourcentage du tarif d'autorité pour les actes en secteur non conventionné (% BR),
- soit en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (% PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'année. Au 01.01.2020, PMSS = 3 428€

À noter : La part Sécurité sociale indiquée dans les tableaux est celle du régime général. Pour le régime Alsace-Moselle, la part SS est différente mais nos remboursements restent identiques.

(1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.

(2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les «Soins et Prothèses 100% Santé».

(3) Sans limitation de durée et limité en nombre pour le forfait urgences.

(4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.

(4 bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

(5) Équipement 100% Santé «Classe A», pris en charge tels que défini par l'arrêté du 3 Décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation. Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale). Pour les équipements combinant des verres «100 % Santé» et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018. La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.

(6) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
- Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).

(7) Dans le respect des minimums du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100€.

(8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.

(9) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.

(10) Soins et prothèses relevant du «100% Santé» au 1^{er} janvier 2020, définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation définis par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(11) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.

(12) Prothèses hors «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1^{er} janvier 2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(13) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.

(14) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(15) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :

- * Écouteur
- * Microphone
- * Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins de 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout / an / appareil
- * Pile sans mercure.

(16) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
- Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
- Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
- Étiopathes inscrits au Registre National des Étiopathes auprès du Ministre de la santé publique (RNE) ;
- Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
- Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie. Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.

(16 bis) sont pris en charge les ostéopathes, acupuncteurs et diététiciens.

(17) S'entend par bénéficiaire, et dans la limite d'un plafond annuel par famille de 320 € / an. Remboursement sur la base de factures acquittées.

(18) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.

(19) Prothèses auditives relevant du «100% Santé» au 1^{er} janvier 2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

(a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente.

(b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente ; Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.

(c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.

(d) Au 1^{er} janvier 2021 : forfait à 400€.

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

www.prodigeoassurances.com

