

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
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux			
	Consultations et visites généralistes	70%	180% BR (160% BR si non OPTAM)	100% FR (200% BR si non OPTAM)
	Consultations et visites spécialistes		220% BR (200% BR si non OPTAM)	
	Actes techniques médicaux		170% BR (150% BR si non OPTAM)	
	Radiologie			
	Examen dépistage ostéoporose entre 45 et 59 ans non pris en charge par la S.S.	-	50€ / an/ bénéf.	50€ / an/ bénéf.
	Soins externes	60% à 70%	160% BR	100% FR (200% BR si non OPTAM)
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	160% BR	200% BR
	Transport	65%	100% BR	
	Analyses et examens de laboratoire	60%	160% BR	
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%	100% BR	
	Médicaments			
	Pharmacie remboursée par la S.S.	65% / 30% / 15%	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	5% PMSS / an / bénéf.	5% PMSS / an / bénéf.	
Sevrage tabagique prescrit et pris en charge par la S.S.		100€ / an / bénéf.	100€ / an / bénéf.	
Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.		-	60€ / an / bénéf.	
Matériel médical				
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	260% BR	550% BR ⁽²⁾	
HOSPITALISATION	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour - secteur Conventionné	80%	a) Frais séjour 100% FR max 230% BR b) Honoraires 100% FR, max 200% BR (230% si OPTAM)	100% FR (200% BR si non OPTAM)
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾ - secteur Non Conventionné	80%	a) Frais séjour 80% FR limité à 230% BR b) Honoraires 80% FR, limité à 200% BR	80% FR limité à 230% BR
	Chambre particulière ⁽³⁾	-	2% PMSS / jour	80€ / jour
	Lit accompagnant pour enfants de - de 12 ans ou bénéficiaire de + de 70 ans ⁽³⁾	-	1% PMSS / jour	1% PMSS / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120€	100% + 1 forfait	100% FR	100% FR
	Forfait journalier ^(3bis) ⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^(3bis) ^(4bis) en établissements hospitaliers	-	100% FR	100% FR
OPTIQUE	Équipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels
	Autres équipements optique (verres et monture)			
	Équipement combinant des verres 100% santé et une monture libre ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾	60% ^(b)	Monture : 100€ / personne Verres : forfait selon grille	Verres : Frais réels Monture : 100€
	Équipement libre ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾	60% ^(c)	Monture : 100€ / personne Verres : forfait selon grille	Monture : 100€ Verres : forfait selon grille
	Lentilles ⁽⁹⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	Remb. S.S. + 6% PMSS / an / bénéf	100% BR + 200€
	Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)	-	7% PMSS / an / bénéf.	7% PMSS / an / bénéf.
Chirurgie réfractive de la vue	-	15% PMSS / œil / bénéf.	15% PMSS / œil / bénéf.	
DENTAIRE	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹⁰⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / onlay (par acte) remboursés S.S.	70%	170% BR	200% BR
	Autres Soins dentaires remboursés par la S.S. ⁽¹¹⁾	70%		170% BR
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. ⁽⁹⁾	-	5% PMSS / an / bénéf.	300€ / an / bénéf.
	Autres prothèses dentaires			
	Prothèses dentaires remboursées S.S.	70%	430% BR Inlays core : 220% BR	Frais réels ⁽²⁾
	• Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹²⁾ • Autres prothèses			500% BR ⁽²⁾
Orthodontie				
Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	325% BR	325% BR	
Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹³⁾	-	-	400€	
Implants (max 3 / an / bénéf.)	-	30% PMSS	30% PMSS	
AIDES AUDITIVES	Équipements auditifs 100% Santé	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres prothèses auditives ⁽¹⁴⁾ , renouvellement par appareil tous les 4 ans	60%	800€ / oreille / an / bénéf.	1 350€ / oreille / an / bénéf. ⁽²⁾
	Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans : Si partenaire audioprothésiste Sévéane Dans les autres cas			1 100€ / oreille / an / bénéf. ⁽²⁾
	Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins			1 700€ / oreille / an / bénéf. ⁽²⁾
	Accessoires ⁽¹⁵⁾			100% BR
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Maternité			
	Allocation naissance ou adoption d'un enfant de moins de 10 ans	-	20% PMSS	20% PMSS
	Prévention et autres soins			
	Médecines complémentaires et alternatives agréées : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, diététiciens, psychologues non remboursés par la S.S.	-	30€ x 4 séances / an / bénéf. ^(16 bis)	40€ x 4 séances / an / bénéf. ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾
Consultation diététicien prescrite pour enfant de - 12 ans	-	30€ max	30€ max	
Cures thermales ⁽¹⁸⁾	65%	Remb. S.S. + 10% PMSS	Remb. S.S. + 10% PMSS	

			Remboursement enfant < 16 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale
MONTURE			100€	100€
Verre	Avec / sans cylindre	Type de verre	Montant en € par verre	
Unifocal	Sphérique	sphère de -6 à +6	97€	145€
		sphère < à -6 ou > à +6	161,50€	193,50€
	Sphéro- cylindrique	sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	113€	160€
		sphère > 0 (sphère + cylindre) ≤ +6	113€	160€
		sphère > 0 (sphère + cylindre) > à +6	113€	161€
		sphère < à -6 et cylindre ≥ +0,25	145€	215€
		sphère de -6 à 0 et cylindre > à +4	113€	161€
Progressif et Multifocal	Sphérique	sphère de -4 à +4	161€	194€
		sphère < à -4 ou > à +4	194€	226€
	Sphéro- cylindrique	sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	161€	242€
		sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	161€	242€
		sphère de -8 à 0 et cylindre > à +4	194€	242€
		sphère > 0 et (sphère + cylindre) > à +8	194€	242€
		sphère < à -8 et cylindre ≥ +0,25	194€	242€

Notes communes à l'ensemble des options

- (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) Par journée = hospitalisation en ambulatoire
En option 1 - régime de base : uniquement pour les enfants âgés de moins de 12 ans.
(3bis) Sans limitation de durée et non 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.
- (4bis) 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'appairage 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 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.
- (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 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 titulaire d'un diplôme universitaire de psychologie. Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé.
Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (16 bis) Sont pris uniquement en charge l'Ostéopathie, l'Acupuncture et la Chiropractie.
- (17) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an 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 » depuis le 1^{er} janvier 2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente.
- (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.
- S.S.** : Sécurité sociale
OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
BR : base de remboursement de la Sécurité sociale
FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (soit 3 666 € en 2023)
CCAM : Classification commune des actes médicaux



PRODIGÉO
ASSURANCES

www.prodigeoassurances.com

PRODIGÉO Assurances : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 20.000.000 euros, régie par le Code des assurances. Siège Social : 7 Rue du Regard - 75006 PARIS 482.011.269 RCS PARIS