



PRAGA

PRÉVOYANCE ET RETRAITE DES  
AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE

ASSOCIATION LOI DE 1901

# NOTICE D'INFORMATION

## GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

### SUP PRAGA 200 %

N° 2282004110000

### SUP PRAGA 300 %

N° 2282004110010

**Cette notice d'information annule et remplace la précédente  
et prend effet au 1<sup>er</sup> Janvier 2018.**



**réinventons /** notre métier



La Notice a pour but de vous informer des termes de la convention d'assurance n° 228200411 conclue entre nous, société d'assurance du groupe AXA, et l'Association PRAGA.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- La convention d'assurance n° 228200411 est un contrat collectif à adhésion facultative couvrant des risques de santé, elle sera le plus souvent désignée par la convention d'assurance.
- L'assureur est l'ensemble des sociétés d'assurances mandatant des Agents généraux et qui garantissent les risques souscrits. L'apériteur de la coassurance à la date d'effet du contrat est AXA France VIE. Il sera le plus souvent désigné par nous.
- Le souscripteur est l'Association PRAGA de loi 1901 ci-après dénommée PRAGA qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le souscripteur.
- L'adhérent à la convention d'assurance est la personne qui :
  - s'engage par la signature du bulletin d'adhésion,
  - choisit les garanties,
  - désigne le ou les bénéficiaires des prestations,
  - paye les cotisations.

Son adhésion est composée :

- de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement de la convention d'assurance et des garanties
- du certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées et les garanties

L'adhérent sera le plus souvent désigné par vous.

- Les bénéficiaires sont vous-même et vos ayants droit définis à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

## SOMMAIRE

### TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA CONVENTION D’ASSURANCE

Article 1. Objet de la convention d’assurance.....	4
Article 2. Effet et durée de la convention d’assurance.....	4
Article 3. Information.....	4
Article 4. La renonciation.....	4
Article 5. Modification de la convention d’assurance.....	5
Article 6. Les réclamations.....	5
Article 7. La prescription.....	5
Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel.....	6
Article 9. Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.....	7
Article 10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationales.....	7

### TITRE II – VOTRE ADHÉSION

Article 11. Groupe assurable.....	8
Article 12. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties.....	9
Article 13. Les cotisations.....	9

### TITRE III – VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 14. Les bénéficiaires de la garantie.....	11
Article 15. Choix et modification du niveau de garantie.....	12
Article 16. Vos remboursements de frais de santé.....	12
Article 17. Les montants des garanties.....	13
Article 18. Les services.....	18
Article 19. Les documents nécessaires au règlement des prestations.....	22



## TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA CONVENTION D'ASSURANCE

### ARTICLE 1. OBJET DE LA CONVENTION D'ASSURANCE

PRAGA, Association loi 1901 dont le siège est au 30 rue Olivier Noyer, Paris (75014), a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec l'ensemble des sociétés d'assurances mandatant des agents généraux et qui garantissent les risques souscrits.

L'apêriteur de la coassurance à la date d'effet du contrat est AXA France VIE, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (Article « Groupe assurable »), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Vos garanties frais de santé », ainsi que les services d'assistance détaillés au titre « Vos services d'assistance ».

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Elle est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables et solidaires », défini aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et leurs décrets d'applications.

La convention N°228200411 est de plus émise dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non-salariés (TNS), non agricoles, la déductibilité fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

### ARTICLE 2. EFFET ET DURÉE DE LA CONVENTION D'ASSURANCE

La convention d'assurance signée entre PRAGA et l'assureur est conclue à effet du 1er janvier 2006. Elle est en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et se reconduit par accord tacite au 1er janvier de chaque année.

### ARTICLE 3. INFORMATION

Le souscripteur s'engage à vous remettre un exemplaire de la notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application de la convention notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès de l'association PRAGA qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes et à défaut à votre conseiller.

### ARTICLE 4. LA RENONCIATION

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

Association PRAGA - Unité Santé et prévoyance - 30 Rue Olivier Noyer –  
CS n° 51432 - 75676 Paris Cedex 14

La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.



## ARTICLE 5. MODIFICATION DE LA CONVENTION D'ASSURANCE

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhéree. En particulier, la convention sera automatiquement révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'Association PRAGA, conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

## ARTICLE 6. LES RÉCLAMATIONS

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié APRIA-RSA quant au règlement des prestations par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel :

Direction Relations Clientèle  
AXA Entreprises  
TSA 46 307  
95901 Cergy Pontoise cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre convention ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin: un accusé réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante – La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org> . L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

## ARTICLE 7. LA PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

## ARTICLE 8. LA LÉGISLATION RELATIVE AUX TRAITEMENTS DE VOS DONNÉES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).



Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service. informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.  
Pour plus d'informations, consultez [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html)

#### ARTICLE 9. LES MESURES DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'Assureur de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs. Le souscripteur s'engage à fournir les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance clients de ses adhérents obtenus soit directement soit par l'intermédiaire d'une tierce personne délégataire du souscripteur. Ces éléments devront être obtenus a minima au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble des éléments communiqués devront être actualisés tout au long de la relation d'affaires.

Le souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

#### ARTICLE 10. LES MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÈGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Le présent contrat sera sans effet et Axa ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait Axa aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

## TITRE II – Votre adhésion

### ARTICLE 11. GROUPE ASSURABLE

Sont admissibles au présent contrat les Agents Généraux d'Assurance bénéficiant des garanties du contrat de base PRAGA 100 %, ainsi que les adhérents au contrat 228200410 pour les annexes 1000 et 5010.

L'adhérent sera âgé de moins de 75 ans le jour de son adhésion au contrat, âge déterminé par différence de millésime.

Les membres de leur famille définis au contrat de base PRAGA 100 % peuvent bénéficier de la garantie s'ils sont désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion, sous réserve du paiement de leur cotisation.

Les garanties souscrites pour vous et les bénéficiaires que vous aurez désignés sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

Pour bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite loi Madelin, vous devez justifier que vous êtes à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse en produisant avec votre demande d'adhésion, une copie de votre carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'assurance vieillesse chaque année.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, votre adhésion est entachée de nullité et les peines sanctionnant cette infraction sont encourues (articles L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité sociale).

#### 11.1 Formalités adhésion

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- un mandat de prélèvement SEPA
- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne),
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois).

#### 11.2 En cours d'adhésion

Vous devez nous fournir : dans les plus brefs délais et avant soixante jours, les informations relatives aux changements de votre situation de famille :

- pour tout nouveau bénéficiaire,
  - en cas de changement de situation de famille :
    - conjoint : une copie de l'acte de mariage ;
    - partenaire ou concubin tel que défini à l'article « Les bénéficiaires de la garantie » : selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,
    - enfant : une copie de l'acte de naissance ;
  - en cas d'évènement de la vie (départ à la retraite, perte d'emploi) qui justifierait l'adhésion à une nouvelle complémentaire santé.
    - Certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé
- Si vous ou vos ayants droit ne souhaitez plus bénéficier de vos garanties santé, vous devez nous restituer l'attestation de tiers payant dans les plus brefs délais.



## ARTICLE 12. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES

### 12.1 Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

La date d'admission est fixée au premier jour du mois suivant la réception par nos services du bulletin d'adhésion.

### 12.2 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion, pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

### 12.3 La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplissez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,
- à la date à laquelle vous et vos bénéficiaires ne bénéficiez plus des garanties de la convention de base PRAGA 100
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article «les cotisations ».

En cas de radiation de l'adhésion, l'adhérent ne pourra plus prétendre à bénéficier et faire bénéficier de nouveau les membres de sa famille de la garantie de la convention. Sauf en cas de :

- Modification de sa situation de famille ;
- De perte d'une couverture complémentaire santé souscrite par un des membres de sa famille.

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

## ARTICLE 13. LES COTISATIONS

### 13.1 Le montant des cotisations

Pour chaque formule, le montant de la cotisation annuelle due, par adhérent et pour chaque membre de sa famille bénéficiaire de la garantie figure dans l'annexe de la présente notice.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de la formule choisie, de votre âge et celui de vos bénéficiaires l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1er janvier de l'année par différence de millésime.

Vos cotisations sont réajustées à compter du 1er janvier en fonction de votre année de naissance et de celles de vos bénéficiaires.



Les bénéficiaires au contrat doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Pour chaque bénéficiaire de la garantie, la cotisation est due jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel survient son décès ou au cours duquel les gestionnaires ont connaissance de la perte de la qualité de bénéficiaire

### **13.2 Révision des cotisations**

Les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance trimestrielle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

En cas de désaccord entre les parties sur cette révision, la cotisation sera indexée selon l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre les deux exercices précédents l'exercice au cours duquel est calculée la majoration de votre taux de cotisation. Vous êtes informé des nouveaux taux de cotisation au moins un mois avant le 1<sup>er</sup> janvier.

Par ailleurs elle peut être modifiée pour des motifs d'ordre législatif ou réglementaire, tels que la modification des taux de remboursements du régime obligatoire ou des forfaits journaliers hospitaliers. Dans ce cas, les changements s'appliquent à la première échéance rencontrée. De même, elle peut être révisée en fonction de l'évolution des garanties de la convention de base PRAGA 100.

### **13.3 Règlement des cotisations**

Le montant de la cotisation annuelle est payable :

- Soit par fraction mensuelle par prélèvement bancaire ou postal effectué d'avance par le souscripteur ;
- Soit annuellement et d'avance : le paiement est effectué par chèque libellé à l'ordre du souscripteur ou par virement bancaire.

Le paiement de la cotisation est effectué auprès du souscripteur qui est responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

### **13.4 Défaut de paiement des cotisations**

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons au Souscripteur, responsable de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat. La résiliation entraîne la fin des garanties du présent contrat pour l'ensemble des adhérents, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé avant l'expiration du délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquiescer sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. L'adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

### Titre III – Votre garantie frais de santé

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies au certificat d'adhésion et dans la présente notice. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements du Régime Obligatoire, du contrat base PRAGA 100 et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables des frais exposés par le bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

Pour vous accompagner au quotidien, votre garantie prévoit également des services d'assistance.

#### ARTICLE 14. LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie. Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,
  - Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.

Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- vos enfants et ceux de votre conjoint :
  - jusqu'à leur 20<sup>e</sup> anniversaire, s'ils sont à votre charge fiscalement (ou à celle de votre conjoint),
  - jusqu'à leur 28<sup>e</sup> anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
    - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
    - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ou en apprentissage,
    - ils effectuent leur service national volontaire,
    - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 28<sup>ème</sup> anniversaire,

En cas de changement de situation de famille, les dispositions suivantes sont appliquées :

- en cas de mariage ou de Pacte civil de solidarité, le conjoint ou le partenaire a la faculté d'adhérer à la convention d'assurance, la date d'effet étant fixée au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande.
- en cas de naissance d'un enfant, les garanties sont accordées pour cet enfant à effet de sa date de naissance sous réserve qu'elle nous soit déclarée dans les deux mois.

Dans chacun de ces cas, il n'y aura pas d'adhésion rétroactive sauf en cas de naissance d'un enfant selon les modalités décrites ci-dessus.

## ARTICLE 15. CHOIX ET MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE

Au moment de son adhésion, l'adhérent a le choix entre deux niveaux de remboursement, soit « SUP-PRAGA 200% » soit « SUP-PRAGA 300% ». Ce choix doit être formulé sur le bulletin d'adhésion et s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

Au moment du renouvellement annuel du contrat, et avant ses 75 ans, l'adhérent a la possibilité de demander aux services de l'association PRAGA, l'augmentation de son niveau de remboursement. Il doit adresser avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année en cours, un nouveau bulletin d'adhésion. Les nouvelles garanties prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Le changement d'option n'entraînera pas la prise en charge des remboursements de frais en cours sur les bases de la nouvelle option.

En attendant la prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier de la nouvelle option, les remboursements sont effectués sur la base de l'ancienne option.

## ARTICLE 16. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ

### 16.1 Contrat « responsable »

La présente convention est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

- il prend en charge :
  - l'intégralité de la participation de l'adhérent sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
  - les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
  - au moins deux prestations de prévention,
  - l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée
- il ne prend pas en charge :
  - les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTAM au-delà de la limite fixée par décret,
  - la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes (actes lourds).

Et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

### 16.2 Les frais que nous prenons en charge

Vous bénéficiez du Tiers Payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits dans votre certificat d'adhésion, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans votre tableau de garanties.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.  
Nous ne prenons pas en charge les séjours et frais relatifs :

- aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,
- aux établissements ou unités de longs séjours ;
- aux établissements ou unités pour personnes âgées.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, nous appliquons la garantie sur la base du tarif d'autorité.

Vous bénéficiez du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

#### ARTICLE 17. LES MONTANTS DES GARANTIES

Nos prestations complètent celles reçues au titre de la Sécurité sociale française, du contrat de base PRAGA 100%, et de tout autre organisme maladie obligatoire français, dans la limite des frais réels engagés. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française.

Le niveau des remboursements exprimé ci-après intègre le montant des prestations versées au titre du contrat de base PRAGA 100 % et de la Sécurité sociale française.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale française. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-après.

Il est rappelé que les remboursements de frais relatifs à la prévention, les frais de transport, la pharmacie, les consultations et soins dentaires ainsi que le forfait journalier sont pris en charge au titre du contrat frais de santé PRAGA 100 (voir notice dudit contrat).

## Nature des prestations

Montant des prestations  
(intégrant les remboursements effectués au titre de la  
Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %)

**SUP PRAGA 200 %**    **SUP PRAGA 300 %**

### La médecine courante

■ <b>Pour les médecins adhérents au DPTAM :</b>		
. les consultations, visites généralistes	220 % BR	300 % BR
. les consultations, visites spécialistes	220 % BR	300 % BR
. les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	220 % BR	300 % BR
. les actes d'imagerie, échographie et doppler	220 % BR	300 % BR
■ <b>Pour les médecins non adhérents au DPTAM :</b>		
. les consultations, visites généralistes	200 % BR	200 % BR
. les consultations, visites spécialistes	200 % BR	200 % BR
. les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	200 % BR	200 % BR
. les actes d'imagerie, échographie et doppler	200 % BR	200 % BR
■ Les actes pratiqués par <b>les auxiliaires médicaux :</b>		
. les infirmiers, les kinésithérapeutes,	200 % BR	300 % BR
. les orthophonistes, les orthoptistes,...	200 % BR	300 % BR
■ <b>les examens médicaux :</b>		
. les analyses biologiques	200 % BR	300 % BR

### La médecine douce

■ Les séances d'ostéopathie, de chiropraxie, d'étiopathie ou d'acupuncture <sup>(1)</sup> , dans la limite globale annuelle de 3 séances par bénéficiaire pour l'ensemble des praticiens	80 € / an	160 € / an
--	-----------	------------

(1) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les étiopathes doivent être inscrits au registre national des étiopathes. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

### Le dentaire

■ <b>les prothèses, les inlays onlays d'obturation, les Inlays core et appareils amovibles</b> (y compris appareils provisoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale dans la limite de 6 éléments par année civile et par bénéficiaire. Au-delà du plafond le remboursement sera limité au ticket modérateur.	200 % BR	300 % BR
■ Supplément dents du sourire (Incisives et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures)	100 % BR	200 % BR
■ <b>Les frais d'orthopédie dento-faciale</b> (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	200 % BR	300 % BR

## Nature des prestations

 Montant des prestations  
 (intégrant les remboursements effectués au titre de la  
 Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %)

**SUP PRAGA 200 %**    **SUP PRAGA 300 %**
**Le dentaire**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les actes suivants de <b>parodontologie</b> non remboursés par la sécurité sociale :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Curetage / surfaçage</li> <li>. Greffe gingivale</li> <li>. Lambeau</li> <li>. Allongement coronaire</li> </ul>               dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :             </li> </ul>   | <b>10 % PMSS<br/>par an</b><br><small>(en complément du RO)</small> | <b>25 % PMSS<br/>par an</b><br><small>(en complément du RO)</small> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les <b>implants et prothèses sur implants</b> dentaires :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. remboursés par la Sécurité sociale (y compris couronnes sur implants) :</li> <li>. non remboursés par la Sécurité sociale :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>. Pose de l'implant (phase opératoire), dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</li> <li>. Faux moignon implantaire, dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</li> <li>. Bridge de base 3 éléments sur implants,</li> <li>. Éléments supplémentaire de bridge</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | <b>10 % PMSS<br/>par an</b><br><small>(en complément du RO)</small> | <b>25 % PMSS<br/>par an</b><br><small>(en complément du RO)</small> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les <b>prothèses fixes sur dents vivantes ou non délabrées</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Les bridges de base sur dents naturelles saines</li> <li>. Les piliers de bridge supplémentaires sur dent naturelle saine</li> </ul> </li> </ul>  |   |   |

**L'optique**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la monture</li> <li>■ les verres en fonction du type de défaut de vision et du niveau de correction, et pour chacun des verres.</li> </ul> | <b>150 €</b><br><br><b>voir grille</b> | <b>150 €</b><br><br><b>voir grille</b> |
|---|--|--|

Quel que soit le type de verres, nous limitons notre prise en charge, à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). 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.

- |  |                  |                  |
|--|------------------|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les <b>implants intraoculaires</b> multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte (par œil)</li> </ul>   | <b>152 €</b>     | <b>315 €</b>     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par œil) dans la limite annuelle par bénéficiaire de :</li> </ul>   | <b>10 % PMSS</b> | <b>15 % PMSS</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les <b>lentilles de contact correctrices</b> prises en charge ou non par la sécurité sociale (Remboursement limité par année civile et par bénéficiaire)</li> </ul> | <b>5 % PMSS</b>  | <b>10 % PMSS</b> |

Le remboursement des lentilles prises en charge par la sécurité sociale est au minimum de 100 % du ticket modérateur

## Nature des prestations

Montant des prestations  
(intégrant les remboursements effectués au titre de la  
Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %)

**SUP PRAGA 200 %**    **SUP PRAGA 300 %**

### L'auditif

#### ■ Les prothèses auditives

Garantie correspondant à l'appareillage d'une oreille, dans la limite d'un équipement stéréophonique (deux oreilles) par année civile et par bénéficiaire. La garantie est au minimum de 100% ticket modérateur, même lorsque la limitation s'applique.

15,5 % PMSS  
(en complément du RO)  
et y compris le PRAGA 100)

25,5 % PMSS  
(en complément du RO)  
et y compris le PRAGA 100)

### Les appareillages et prothèses diverses

#### ■ Hors prothèses dentaires et auditives

200 % BR

300 % BR

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.

### L'hospitalisation

#### ■ les frais de séjour (établissement public ou privé)

. l'hospitalisation médicale	200 % BR	300 % BR
. l'hospitalisation chirurgicale	200 % BR	300 % BR
. la chambre particulière (par jour)	2 % PMSS	4 % PMSS
. le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	1 % PMSS	2 % PMSS
. le forfait journalier	100 % Forfait	100 % Forfait

#### ■ les honoraires

. Les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins adhérents au DPTAM	220 % BR	300 % BR
. les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins non adhérents au DPTAM	200 % BR	200 % BR

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.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6<sup>e</sup> 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.





Nature des prestations

Montant des prestations  
(intégrant les remboursements effectués au titre de la  
Sécurité sociale et du contrat de base PRAGA 100 %)

**SUP PRAGA 200 %**    **SUP PRAGA 300 %**

### Les cures thermales

Médicalement prescrites et sous réserve de la prise en charge par votre régime maladie de base

- Les frais médicaux, de séjour et de transport (Remboursement limité par année civile et par bénéficiaire)

**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 au DPTAM sont limités à 100% BR.

### La maternité

- Un forfait 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**

Au-delà du 5<sup>e</sup> jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

### Quelques définitions

**DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...).

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

**PMSS** : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

**TM** : Ticket modérateur=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

**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



## ARTICLE 17 1 LES MONTANTS DES GARANTIES

Montants pris en charge en fonction du type de défaut de vision, du niveau de correction du bénéficiaire, pour chacun des verres et dans les limites mentionnées dans la grille de garanties précédente :

### Grille optique formule PRAGA 200%

Verre unifocal	
Sphère entre -6 et 6 Cylindre < ou = 2	50 €
Sphère entre -6 et 6 Cylindre entre 2 et 4	122 €
Verre unifocal	
Sphère hors zone -6 et 6 ou Cylindre > 4	122 €
Verre multifocal	
Sphère entre -6 et 6 Cylindre < ou = à 2	90 €
Sphère hors zone -6 et 6 ou Cylindre > 2	152 €
Verre multifocal	
Sphérique hors zone - 4 et 4 ou sphérocyllindrique hors zone - 8 et 8	152 €

### Grille optique formule PRAGA 300%

Verre unifocal	
Sphère entre -6 et 6 Cylindre < ou = 2	105 €
Sphère entre -6 et 6 Cylindre entre 2 et 4	160 €
Verre unifocal	
Sphère hors zone -6 et 6 ou Cylindre > 4	255 €
Verre multifocal	
Sphère entre -6 et 6 Cylindre < ou = à 2	160 €
Sphère hors zone -6 et 6 ou Cylindre > 2	300 €
Verre multifocal	
Sphérique hors zone - 4 et 4 ou sphérocyllindrique hors zone - 8 et 8	300 €

## ARTICLE 18 LES SERVICES

Nous mettons en œuvre des services d'assistance pour les bénéficiaires de la garantie.

### Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours

Pour chacune des prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, nous pouvons communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

#### ■ Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

- . soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- . soit en acheminant les enfants au domicile d'un de vos proches,
- . soit en confiant la garde de vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 euros maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 heures, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.  
Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe.

#### ■ Aide-ménagère à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à une période maximale de 40 heures. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder quarante heures, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.

#### ■ Garde malade

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant son hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder **40 heures**, réparties sur vingt jours et à raison de quatre heures consécutives minimum par jour.

#### ■ Présence d'un proche à votre chevet

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet pendant votre immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de **80 euros** par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de domicile ou de celui du bénéficiaire concerné.

#### ■ Organisation de services

A votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants :

- . accompagnement dans les déplacements sous réserve que l'état permette ce déplacement (Les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination),
- . recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

#### ■ Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

A votre demande et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

#### ■ Soins à domicile

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, nous mettons à votre disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de votre médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à votre charge. Nous ne pouvons être tenus pour responsables des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

### ■ Soutien pédagogique

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

Assistance en cas de grossesse ou séjour en maternité

### ■ Informations maternité

Notre équipe médicale vous communique des informations et conseils médicaux en puériculture. Elle donne tout renseignement d'ordre général

Selon les cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches et vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

- . Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- . Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- . Assurance vie,
- . La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- . Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,
- . L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- . L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-fœtal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc....) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc...), la dentition, les maladies du nourrisson.

L'intervention de notre médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, nous vous conseillerions de consulter votre médecin traitant.

### ■ Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie

A votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

### ■ Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que votre état de santé le permet.

La décision de rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous dirigeons le bénéficiaire alors :

- . soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à votre état de santé,
- . soit vers le centre hospitalier le plus proche de votre domicile,
- . soit vers votre domicile.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.

### ■ Définitions applicables aux services d'assistance

#### Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier.

Les autres garanties s'exercent en France.

#### Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

#### Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

#### Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

#### Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

#### Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

#### Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

#### Equipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

#### Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

#### Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

### ■ Mise en œuvre des services d'assistance

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons.

Pour la mise en œuvre des services d'assistance, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro suivant 01 72 59 51 60, et obtenir l'accord préalable de l'équipe médicale.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

## ARTICLE 19. LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Dans tous les cas, si votre décompte de Sécurité sociale nous est télétransmis, vous n'avez pas à nous le faire parvenir.

### La médecine courante

- L'original du décompte de la Sécurité sociale

### La médecine alternative ou non conventionnelle

- L'original de la facture

### La prévention

- Vaccins prescrits par un médecin
- Détartrage sus et sous gingival
- La prescription médicale et l'original de la facture
- L'original du décompte de la Sécurité sociale

### Les frais de transport

- L'original du décompte de la Sécurité sociale

### La pharmacie

- Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale
- L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant)

### Le dentaire

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- Pour les prothèses ou actes de parodontologie, l'original de la facture détaillée de tous les actes.

### L'optique

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- Pour les lunettes : l'original de la facture
- Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture

### L'auditif

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée

### Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée

### L'hospitalisation

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- L'original de la facture,
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires

### Les cures thermales

- L'original du décompte de la Sécurité sociale
- L'original des factures

### La maternité

Une copie de l'acte de naissance de l'enfant

Pour la chambre particulière

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- L'original de la facture,
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement



PRAGA

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la mention " acquittée " et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent



PRAGA



PRAGA

PRÉVOYANCE ET RETRAITE DES  
AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE  
ASSOCIATION LOI DE 1901





## Annexe : Frais de santé SUP PRAGA 200 % - n° 2282004110000 SUP PRAGA 300 % - n° 2282004110010

### COTISATIONS ANNUELLES 2019

Le montant de la cotisation annuelle par adhérent et pour chacun des membres de sa famille bénéficiaire de la garantie est égal à :

Age du bénéficiaire <i>(calculé par différence de millésime entre l'année civile en cours et l'année de naissance)</i>	Montant de la cotisation	
	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Moins de 21 ans	155,77 €	309,15 €
21 à 30 ans	173,95 €	329,75 €
31 à 40 ans	199,20 €	445,11 €
41 à 50 ans	223,44 €	486,31 €
51 à 59 ans	291,11 €	642,87 €
60 à 64 ans	322,42 €	682,01 €
65 à 69 ans	326,46 €	691,28 €
70 à 74 ans	350,70 €	730,42 €
75 à 79 ans	386,05 €	753,08 €
80 ans et plus	428,47 €	793,25 €