



# NOTICE

## ANGEVA

### SENIORS PLUS



compareo  
74 avenue kleber 75116 paris  
Tel 0175431040  
Fax 0175431041

SANS  
QUESTIONNAIRE  
MÉDICAL

## L'ADHÉSION

Toute personne âgée de 60 ans et plus et :

- sans limite d'âge supérieure pour ANGEVA SENIORS Plus 1
- de moins de 75 ans pour ANGEVA SENIORS Plus 2, 3 et 4

résidant en France métropolitaine ou dans les DOM  
en complément de son régime de base.

## NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 141-4 du code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° 7516 V, de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par l'Association ALPTIS SENIORS auprès de CNP IAM, entreprise régie par le code des assurances.

Réf : **ANGEVA S +**

# DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

## ANGEVA SENIORS PLUS



Les remboursements incluent les remboursements du régime de base (sauf pour les montants exprimés en euros) ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge de l'assuré.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

FRAIS PRIS EN CHARGE	ANGEVA S+ 1	ANGEVA S+ 2	ANGEVA S+ 3	ANGEVA S+ 4
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (2) • Tiers payant (1)</b>				
• Frais de séjour en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour en secteur non conventionné (3)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Honoraires (3)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Chambre particulière	Max 30 €/jr (max 30 jr/an)	Max 40 €/jr (max 45 jr/an)	Max 50 €/jr (max 60 jr/an)	Max 60 €/jr (max 90 jr/an)
• Forfait hospitalier (4)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)
<b>Bonus fidélité après deux ans d'adhésion</b>				
• Séjour conjoint accompagnant	Max 10 €/jr (max 30 jr/an)	Max 10 €/jr (max 30 jr/an)	Max 15 €/jr (max 30 jr/an)	Max 20 €/jr (max 30 jr/an)
• Frais annexes (télévision, téléphone, journaux...)	-	5 €/jour (max 30 jr/an)	5 €/jour (max 30 jr/an)	5 €/jour (max 30 jr/an)
<b>SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER</b> (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
<b>FRAIS MÉDICAUX COURANTS</b>				
• Consultations et visites	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie • Tiers payant (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports • Tiers payant (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de pédicure, de podologue, de chiropracteur, d'acupuncteur, de diététicien, non pris en charge par le régime de base (5 séances par année d'adhésion et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues)	-	Maximum 20 €/séance	Maximum 25 €/séance	Maximum 30 €/séance
<b>PHARMACIE • Tiers payant (1)</b>				
• Vignettes blanches, bleues et oranges	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime de base (5) (6)	-	Maximum 30 €/an	Maximum 35 €/an	Maximum 40 €/an
<b>DENTAIRE</b>				
• Soins	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base + supplément prothèses et orthodontie remboursées ou non prises en charge par le régime de base, traitement parodontologie, implantologie (6)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Plafonds de remboursement pour l'ensemble du poste dentaire hors soins (par bénéficiaire) :	-	Maximum + 100 €/an	Maximum + 150 €/an	Maximum + 200 €/an
- 1 <sup>ère</sup> année d'adhésion	-	-	450 €	600 €
- 2 <sup>ème</sup> année d'adhésion	-	-	900 €	1 200 €
- 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion et suivantes	-	-	-	-
<b>OPTIQUE • Tiers payant</b> (verres et monture uniquement) (1)				
• Verres, monture, lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive (6)	Maximum 50 €/an	Maximum 100 €/an	Maximum 150 €/an	Maximum 200 €/an
• Supplément verres progressifs (6)	Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans	Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans	Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans	Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans
	-	Maximum 25 €/an	Maximum 50 €/an	Maximum 75 €/an
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b>				
• Orthopédie, prothèses médicales et capillaires	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
• Prothèses auditives (6)	Maximum 200 €/an	Maximum 300 €/an	Maximum 400 €/an	Maximum 500 €/an
<b>CURES THERMALES</b>				
• Frais d'établissement et honoraires	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Frais de transports et d'hébergement (6)	Maximum 100 €/an	Maximum 150 €/an	Maximum 200 €/an	Maximum 250 €/an
<b>PRÉVENTION</b>				
• Actes remboursés par le régime de base (7)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes non pris en charge par le régime de base :				
- vaccins non pris en charge par le régime de base (6)	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an
- ostéodensitométrie non prise en charge (6)	Maximum 30 €/an	Maximum 35 €/an	Maximum 40 €/an	Maximum 50 €/an
<b>SERVICES</b>				
• Tiers payant (1) et remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance Plus (se reporter à la notice Assistance Plus) (8)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique santé (se reporter à la notice Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice Assistance Plus) (8)	Oui	Oui	Oui	Oui

**BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) :** tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

(1) Tiers payant disponible uniquement dans certains départements (selon accords passés avec les praticiens) dans la limite du ticket modérateur sauf pour l'optique. Les soins externes peuvent aussi faire l'objet de tiers payant.

(2) Voir définition en page 5.

(3) Limité à 80 % des Frais Réels dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement non conventionné.

(4) Ce montant correspond au forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

(5) Médicaments, préparations pharmaceutiques, traitement du paludisme. La parapharmacie est exclue.

(6) Les montants sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

(7) L'ensemble des actes de prévention fixé par l'arrêté du 8 juin 2006.

(8) Ces garanties sont applicables dans les DOM, à l'exclusion de la Guyane.