

Les remboursements incluent les remboursements du régime de base ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge de l'assuré.  
La contribution forfaitaire reste à la charge de l'assuré\*.

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

ANGEVA	10	12	15	20	23	24
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers-payant</b> <b>MATERNITÉ • Tiers-payant</b> <b>MAISON DE REPOS/CONVALESCENCE<sup>(1)</sup> • Tiers-payant</b> • Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires - Chambre particulière • Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires - Chambre particulière • Lit accompagnant d'une personne assurée (limité à 60 jours/an) • Forfait hospitalier <sup>(2)</sup> - durée illimitée (sauf psychiatrie limitée à 60 jours/an) • Forfait naissance ou adoption versé si la mère est inscrite	100 % BR 30 €/jour 100 % BR 30 €/jour 10 €/jour 100 % FR 100 €	125 % BR 40 €/jour 125 % BR 40 €/jour 15 €/jour 100 % FR 200 €	150 % BR 50 €/jour 150 % BR 50 €/jour 15 €/jour 100 % FR 250 €	100 % FR 100 % FR 60 % FR 50 €/jour 20 €/jour 100 % FR 300 €	100 % FR 100 % FR 60 % FR 50 €/jour 20 €/jour 100 % FR 300 €	100 % FR 100 % FR 60 % FR 50 €/jour 20 €/jour 100 % FR 300 €
<b>TRANSPORT • Tiers-payant<sup>(3)</sup></b> • Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>CURE THERMALE</b> • Honoraires, soins, forfait thermal (si pris en charge par le régime de base) • Forfait annuel cure thermale ou thalassothérapie, en France, médicalement prescrite (par bénéficiaire)	100 % BR 100 €	125 % BR 200 €	150 % BR 250 €	200 % BR 300 €	200 % BR 300 €	200 % BR 300 €
<b>SOINS INOPINÉS A L'ÉTRANGER</b> • Hospitalisation, soins médicaux	100 % RSS	125 % RSS	150 % RSS	200 % RSS	200 % RSS	200 % RSS
<b>HONORAIRES MÉDICAUX*</b> • Consultations et visites** • Auxiliaires médicaux, analyses**, actes d'imagerie, échographies, travaux de laboratoires** • Tiers-payant <sup>(3)</sup> • Actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, anesthésies • Actes d'ostéopathe <sup>(4)</sup> , d'étiopathe <sup>(4)</sup> , de chiropracteur <sup>(4)</sup> , d'acupuncteur <sup>(4)</sup> ou de diététicien <sup>(4)</sup> (maximum 5 consultations par an et par bénéficiaire, toutes spécialités) : remboursement par acte • Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou Fécondation In Vitro (remboursement par an et par bénéficiaire pour l'un des 3 actes)	100 % BR 100 % BR 100 % BR Néant Néant	120 % BR 120 % BR 120 % BR Maximum 20 € Maximum 40 €	130 % BR 130 % BR 130 % BR Maximum 25 € Maximum 50 €	170 % BR 170 % BR 170 % BR Maximum 25 € Maximum 50 €	170 % BR 170 % BR 170 % BR Maximum 25 € Maximum 50 €	170 % BR 170 % BR 170 % BR Maximum 25 € Maximum 50 €
<b>PHARMACIE**</b> • Pharmacie prise en charge (y compris l'homéopathie) • Tiers-payant <sup>(3)</sup> • Pharmacie prescrite mais non remboursée (sevrage tabagique, pilule 3 <sup>ème</sup> génération, traitement paludisme, vaccins..., parapharmacie exclue) : remboursement par an et par bénéficiaire • Vaccin contre la grippe (sans limite d'âge)	100 % TFR Néant 100 % FR	100 % TFR Maximum 40 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 50 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 50 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 50 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 50 € 100 % FR
<b>APPAREILLAGE</b> • Orthopédie, prothèses auditives • Prothèse capillaire	100 % BR Néant	125 % BR Néant	150 % BR 150 % RSS	200 % BR 200 % RSS	200 % BR 200 % RSS	200 % BR 200 % RSS
<b>DENTAIRE</b> • Soins • Prothèses et orthodontie remboursables par le régime de base <b>BONUS FIDÉLITÉ</b> : à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion <sup>(5)</sup> • Prothèses non prises en charge par le régime de base ou traitements parodontie ou implantologie (remboursement par année d'adhésion et par bénéficiaire) • Plafond annuel <sup>(6)</sup> - 1 <sup>ère</sup> année - 2 <sup>ème</sup> année - 3 <sup>ème</sup> année et suivantes	100 % BR 100 % BR +25 % BR Néant Aucun	120 % BR 125 % BR +25 % BR Maximum 100 € Aucun	130 % BR 150 % BR +50 % BR Maximum 150 € Aucun	170 % BR 200 % BR +50 % BR Maximum 200 € 600 € 1 200 € Aucun	270 % BR 300 % BR +50 % BR Maximum 300 € 800 € 1 600 € Aucun	320 % BR 350 % BR +50 % BR Maximum 300 € 1 000 € 2 000 € Aucun
<b>OPTIQUE</b> (remboursement en complément du régime de base) • Verres, monture, lentilles remboursables par le régime de base, lentilles médicalement prescrites non prises en charge par le régime de base, chirurgie réfractive (intervention au laser pour la myopie ou la presbytie)	Max 40 € par an et bénéficiaire	Max 80 € par an et bénéficiaire	Max 130 € par an et bénéficiaire	Max 200 € par an et bénéficiaire	Max 300 € par an et bénéficiaire	Max 330 € par an et bénéficiaire

OPTION en complément des garanties ANGEVA 10, 12 ou 15, possibilité de souscrire un renfort Dentaire/Optique	Renfort A	Renfort B
<b>Dentaire</b> (remboursement par année d'adhésion et par bénéficiaire). Prothèses et orthodontie remboursables par le régime de base, prothèses non prises en charge par le régime de base, traitements parodontie ou implantologie.	Maximum 80 €	Maximum 120 €
<b>Optique</b> (remboursement par an et par bénéficiaire). Verres, monture, lentilles remboursables par le régime de base, lentilles non prises en charge par le régime de base, chirurgie réfractive.	Maximum 50 €	Maximum 80 €

**Assistance Plus** : aide à domicile en cas d'hospitalisation, aide à la recherche d'emploi, allo maman bébé, garantie en cas de décès accidentel, etc (se reporter à la notice AP).

<sup>(1)</sup> La prise en charge est limitée à 90 jours par an, et le séjour en maison de repos ou de convalescence doit faire suite à une hospitalisation.

<sup>(2)</sup> Ce montant correspond au forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale fixé par arrêtés.

<sup>(3)</sup> Tiers-payant disponible uniquement dans certains départements (selon accords passés avec les praticiens) dans la limite du ticket modérateur. Les **soins externes** peuvent aussi faire l'objet de tiers-payant.

<sup>(4)</sup> Praticien inscrit auprès d'une association professionnelle reconnue.

<sup>(5)</sup> Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie. Le bonus fidélité s'applique aux prothèses dentaires et à l'orthodontie remboursables par le régime de base.

<sup>(6)</sup> Le plafond annuel s'applique sur l'ensemble du poste dentaire ; le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie.

\*Lorsque le régime de base applique à l'assuré la contribution forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, cette contribution reste à sa charge et ne peut être remboursée par la complémentaire santé.

\*\*Le présent contrat ne couvre pas les dépassements d'honoraires et/ou la majoration du ticket modérateur pouvant résulter du non respect du parcours de soins, mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale.

**DÉFINITIONS :**

**BR (Base de Remboursement)** : 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.

**FR (Frais Réels)** : montant des dépenses engagées par l'assuré.

**RSS (Remboursement Sécurité Sociale)** : dans ce cas, le remboursement présenté dans ce descriptif s'ajoute à celui du régime de base.

**TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)** : base de remboursement du médicament établie à partir du prix des génériques du groupe auquel il appartient.