

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

ANGEVA 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+1	ANGEVA+2	ANGEVA+3	ANGEVA+4	ANGEVA+5	ANGEVA+6
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers payant (1)						
MATERNITÉ - ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (2) • Tiers payant (1)						
• Frais de séjour en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Honoraires en secteur conventionné les 2 premières années d'adhésion	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
Après 2 ans d'adhésion	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière en secteur conventionné les 2 premières années d'adhésion (3)	Max 30 €/jour	Max 40 €/jour	Max 50 €/jour	Max 60 €/jour	Max 70 €/jour	Max 80 €/jour
Après 2 ans d'adhésion (3)	Max 30 €/jour	Max 40 €/jour	Max 50 €/jour	Max 60 €/jour	Frais réels	Frais réels
• Frais de séjour et honoraires en secteur non conventionné (4)	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
• Chambre particulière en secteur non conventionné (3)	Max 30 €/jour	Max 40 €/jour	Max 50 €/jour	Max 60 €/jour	Max 70 €/jour	Max 80 €/jour
• Séjour accompagnant (limité à 60 jours par an)	Max 15 €/jour	Max 20 €/jour	Max 25 €/jour	Max 30 €/jour	Max 35 €/jour	40 €/jour
• Forfait hospitalier (3) (5)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait naissance ou adoption (6)	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS						
• Consultations et visites	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie • Tiers payant (1)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports • Tiers payant (1)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % 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)	Max 15 € par séance	Max 20 € par séance	Max 25 € par séance	Max 30 € par séance	Max 35 € par séance	Max 40 € par séance
PHARMACIE						
• Vignettes blanches, bleues et oranges • Tiers payant (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Pharmacie prescrite mais non prise en charge par le régime de base (7) (8)	Max 30 €/an	Max 35 €/an	Max 40 €/an	Max 45 €/an	Max 50 €/an	Max 60 €/an
DENTAIRE						
• Soins	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % 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 (8)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
Plafonds de remboursement pour l'ensemble du poste dentaire hors soins (par bénéficiaire) :						
- 1 ^{ère} année d'adhésion				500 €	650 €	800 €
- 2 ^{ème} année d'adhésion				1 000 €	1 300 €	1 600 €
- 3 ^{ème} année d'adhésion et suivantes				-	-	-
OPTIQUE • Tiers payant (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 (8)	Max 100 €/an	Max 125 €/an	Max 150 €/an	Max 200 €/an	Max 250 €/an	Max 300 €/an
• Supplément verres progressifs (8)	Max 30 €/an	Max 40 €/an	Max 50 €/an	Max 65 €/an	Max 85 €/an	Max 100 €/an
PROTHÈSES MÉDICALES						
• Orthopédie, prothèses médicales et capillaires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Prothèses auditives (8)	Max 200 €/an	Max 250 €/an	Max 300 €/an	Max 400 €/an	Max 500 €/an	Max 600 €/an
CURES THERMALES						
• Frais d'établissement et honoraires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Frais de transports et d'hébergement (8)	Max 100 €/an	Max 125 €/an	Max 150 €/an	Max 200 €/an	Max 250 €/an	Max 300 €/an
PRÉVENTION						
• Actes remboursés par le régime de base (9)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Actes non pris en charge par le régime de base :						
- vaccins non pris en charge par le régime de base (8)	Max 20 €/an	Max 20 €/an	Max 20 €/an	Max 20 €/an	Max 20 €/an	Max 20 €/an
- ostéodensitométrie non prise en charge, amniocentèse (8)	Max 30 €/an	Max 35 €/an	Max 40 €/an	Max 45 €/an	Max 50 €/an	Max 60 €/an
- sevrage tabagique (patch, acupuncture, laserthérapie) (8)	Max 30 €/an	Max 35 €/an	Max 40 €/an	Max 45 €/an	Max 50 €/an	Max 60 €/an
SERVICES						
• Tiers payant (1) et remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance Plus (se reporter à la notice Assistance Plus) (10)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique santé (se reporter à la notice Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice Assistance Plus) (10)	Oui	Oui	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 du tiers payant.

(2) Voir définition en page 6.

(3) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale et limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements de soins spécialisés.

(4) Limité à 80 % des Frais Réels.

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

(6) Si inscription de l'enfant dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

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

(8) 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.

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

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