



FRAIS DE SANTÉ
2006

ANGEVA

sans formalité médicale

La souscription

Toute personne de moins de 65 ans,
résidant en France métropolitaine,
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 des contrats d'assurances de groupe, de durée annuelle à tacite reconduction, souscrits par l'association auprès des ASSURANCES DU CRÉDIT MUTUEL IARD SA - 34 rue du Wacken - 67010 STRASBOURG CEDEX, d'AXA FRANCE VIE - 26, rue Drouot - 75458 PARIS CEDEX 02, de SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ - 86, boulevard Haussmann - 75380 PARIS CEDEX 08, de MONCEAU GÉNÉRALE ASSURANCES - 1, avenue des Cités Unies d'Europe - BP 10217 - 41103 VENDÔME CEDEX, entreprises régies par le code des assurances. Le nom de la compagnie qui assure vos garanties est rappelé sur votre certificat d'adhésion.

Réf : **ANGEVA**

DESRIPTIF DES PRESTATIONS ANGEVA 2006

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
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers-payant MATERNITÉ • Tiers-payant MAISON DE REPOS/CONVALESCENCE⁽¹⁾ • Tiers-payant • Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires • Etablissements non conventionnés - Chambre particulière - Frais de séjour et honoraires - Chambre particulière • Lit accompagnant d'une personne assurée (limité à 60 jours/an) • Forfait hospitalier ⁽²⁾ - 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 €
TRANSPORT • Tiers-payant⁽³⁾ • Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
CURE THERMALE • 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 €
SOINS INOPINÉS A L'ÉTRANGER • Hospitalisation, soins médicaux	100 % RSS	125 % RSS	150 % RSS	200 % RSS	200 % RSS	200 % RSS
HONORAIRES MÉDICAUX* • Consultations et visites** • Auxiliaires médicaux, analyses**, actes d'imagerie, échographies, travaux de laboratoires** • Tiers-payant ⁽³⁾ • Actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, anesthésies • Actes d'ostéopathe ⁽⁴⁾ , d'étiopathe ⁽⁴⁾ , de chiropracteur ⁽⁴⁾ , d'acupuncteur ⁽⁴⁾ ou de diététicien ⁽⁴⁾ (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 €
PHARMACIE** • Pharmacie prise en charge (y compris l'homéopathie) • Tiers-payant ⁽³⁾ • Pharmacie prescrite mais non remboursée (sevrage tabagique, pilule 3 ^{ème} 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
APPAREILLAGE • 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
DENTAIRE • Soins • Prothèses et orthodontie remboursables par le régime de base BONUS FIDÉLITÉ : à partir de la 3 ^{ème} année d'adhésion ⁽⁵⁾ • 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 ⁽⁶⁾ - 1 ^{ère} année - 2 ^{ème} année - 3 ^{ème} 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
OPTIQUE (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
Dentaire (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 €
Optique (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).

⁽¹⁾ 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.

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

⁽³⁾ 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.

⁽⁴⁾ Praticien inscrit auprès d'une association professionnelle reconnue.

⁽⁵⁾ 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.

⁽⁶⁾ 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.

LES TARIFS ANGEVA 2006

(par mois et par personne assurée)

L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'assuré ; ensuite, la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

La cotisation d'assurance de la 2^{ème} personne assurée et des suivantes est réduite de 10 %.

La cotisation du 3^{ème} enfant de moins de 20 ans est gratuite.

COMMENT CALCULER LES COTISATIONS ?

ZONE A - tarif de référence x 0,94

01, 03, 04, 05, 14, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 61, 71, 72, 73, 74, 76

ZONE B - tarif de référence

07, 09, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 32, 35, 40, 43, 46, 47, 48, 49, 53, 56, 57, 58, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 79, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90

ZONE C - tarif de référence x 1,06

02, 08, 33, 51, 52, 54, 55, 60, 69, 77, 80, 83, 95

ZONE D - tarif de référence x 1,12

20, 30, 31, 34, 50, 59, 62, 67, 78, 84, 91, 93, 94

ZONE E - tarif de référence x 1,18

06, 13, 75, 92

A CES COTISATIONS, S'AJOUTENT

- La cotisation d'adhésion à l'association de **1,50 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes assurées).
- Le droit d'entrée de **11 €** pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une fois pour toutes lors de l'adhésion).

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique, sans frais.

Loi Madelin : les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi.

Majoration de la cotisation de la garantie de base	Renfort A	Renfort B
Souscription d'un renfort en complément de la garantie		
• Angeva 10	10 %	13 %
• Angeva 12	9 %	12 %
• Angeva 15	7 %	10 %

TARIFS DE RÉFÉRENCE ANGEVA - ZONE B

AGE	Régimes TNS & AMEXA					
	10	12	15	20	23	24
18 ans et -	18,41 €	22,10 €	25,05 €	31,02 €	35,57 €	43,13 €
19 ans	18,84 €	22,61 €	25,63 €	31,74 €	36,39 €	44,13 €
20 ans	19,56 €	23,42 €	26,51 €	32,76 €	37,51 €	45,43 €
21 ans	21,54 €	25,79 €	29,20 €	36,09 €	41,33 €	50,06 €
22 ans	21,86 €	26,17 €	29,63 €	36,62 €	41,95 €	50,81 €
23 ans	22,18 €	26,56 €	30,07 €	37,17 €	42,57 €	51,56 €
24 ans	22,51 €	26,95 €	30,52 €	37,72 €	43,20 €	52,33 €
25 ans	22,84 €	27,35 €	30,97 €	38,28 €	43,85 €	53,11 €
26 ans	23,18 €	27,76 €	31,43 €	38,85 €	44,50 €	53,91 €
27 ans	23,52 €	28,17 €	31,90 €	39,43 €	45,16 €	54,71 €
28 ans	23,87 €	28,59 €	32,37 €	40,02 €	45,84 €	55,53 €
29 ans	24,23 €	29,02 €	32,85 €	40,62 €	46,52 €	56,36 €
30 ans	24,65 €	29,53 €	33,43 €	41,34 €	47,35 €	57,36 €
31 ans	25,02 €	29,97 €	33,93 €	41,95 €	48,06 €	58,22 €
32 ans	25,39 €	30,41 €	34,44 €	42,58 €	48,77 €	59,08 €
33 ans	25,77 €	30,87 €	34,95 €	43,21 €	49,50 €	59,97 €
34 ans	26,15 €	31,32 €	35,47 €	43,86 €	50,24 €	60,86 €
35 ans	26,54 €	31,79 €	36,00 €	44,51 €	50,99 €	61,77 €
36 ans	26,93 €	32,26 €	36,53 €	45,17 €	51,75 €	62,69 €
37 ans	27,33 €	32,74 €	37,08 €	45,85 €	52,52 €	63,63 €
38 ans	27,74 €	33,23 €	37,63 €	46,53 €	53,30 €	64,58 €
39 ans	28,15 €	33,72 €	38,19 €	47,22 €	54,10 €	65,54 €
40 ans	28,62 €	34,29 €	38,83 €	48,02 €	55,01 €	66,65 €
41 ans	29,26 €	35,06 €	39,70 €	49,09 €	56,24 €	68,14 €
42 ans	29,91 €	35,84 €	40,58 €	50,19 €	57,50 €	69,67 €
43 ans	30,58 €	36,64 €	41,49 €	51,31 €	58,79 €	71,23 €
44 ans	31,26 €	37,45 €	42,42 €	52,46 €	60,10 €	72,83 €
45 ans	31,95 €	38,29 €	43,37 €	53,64 €	61,45 €	74,46 €
46 ans	32,67 €	39,15 €	44,33 €	54,84 €	62,83 €	76,13 €
47 ans	33,39 €	40,02 €	45,33 €	56,06 €	64,23 €	77,83 €
48 ans	34,14 €	40,91 €	46,34 €	57,32 €	65,67 €	79,58 €
49 ans	34,90 €	41,83 €	47,37 €	58,60 €	67,14 €	81,36 €
50 ans	35,70 €	42,79 €	48,46 €	59,95 €	68,69 €	83,24 €
51 ans	36,59 €	43,85 €	49,67 €	61,44 €	70,40 €	85,31 €
52 ans	37,49 €	44,94 €	50,90 €	62,97 €	72,15 €	87,44 €
53 ans	38,42 €	46,06 €	52,17 €	64,54 €	73,95 €	89,62 €
54 ans	39,38 €	47,20 €	53,47 €	66,14 €	75,79 €	91,85 €
55 ans	40,36 €	48,37 €	54,79 €	67,79 €	77,68 €	94,14 €
56 ans	41,36 €	49,58 €	56,16 €	69,48 €	79,61 €	96,48 €
57 ans	42,38 €	50,81 €	57,55 €	71,21 €	81,59 €	98,89 €
58 ans	43,44 €	52,07 €	58,99 €	72,98 €	83,63 €	101,35 €
59 ans	44,51 €	53,37 €	60,45 €	74,80 €	85,71 €	103,88 €
60 ans	45,62 €	54,69 €	61,96 €	76,66 €	87,85 €	106,47 €
61 ans	46,75 €	56,05 €	63,50 €	78,57 €	90,04 €	109,13 €
62 ans	47,91 €	57,45 €	65,08 €	80,53 €	92,28 €	111,85 €
63 ans	49,11 €	58,88 €	66,70 €	82,53 €	94,58 €	114,64 €
64 ans	50,33 €	60,34 €	68,36 €	84,59 €	96,94 €	117,49 €
65 ans	51,58 €	61,84 €	70,06 €	86,70 €	99,35 €	120,42 €

La cotisation évolue ensuite de 2,5 % par an jusqu'à 85 ans

LES TARIFS ANGEVA 2006 (suite)

(par mois et par personne assurée)

TARIFS DE RÉFÉRENCE ANGEVA - ZONE B												
AGE	Régime Sécurité sociale						Régime Alsace-Moselle					
	10	12	15	20	23	24	10	12	15	20	23	24
18 ans et –	20,46 €	24,56 €	27,83 €	34,48 €	39,52 €	47,92 €	11,05 €	13,25 €	15,02 €	20,31 €	27,14 €	32,93 €
19 ans	20,93 €	25,12 €	28,47 €	35,27 €	40,43 €	49,03 €	11,30 €	13,56 €	15,37 €	20,77 €	27,77 €	33,69 €
20 ans	21,70 €	25,99 €	29,41 €	36,37 €	41,65 €	50,44 €	11,85 €	14,16 €	16,01 €	21,54 €	28,70 €	34,75 €
21 ans	23,90 €	28,63 €	32,40 €	40,07 €	45,89 €	55,59 €	13,04 €	15,58 €	17,62 €	23,72 €	31,61 €	38,29 €
22 ans	24,25 €	29,05 €	32,88 €	40,67 €	46,57 €	56,42 €	13,23 €	15,81 €	17,88 €	24,07 €	32,08 €	38,85 €
23 ans	24,61 €	29,48 €	33,37 €	41,27 €	47,27 €	57,26 €	13,43 €	16,04 €	18,15 €	24,43 €	32,56 €	39,43 €
24 ans	24,98 €	29,92 €	33,86 €	41,89 €	47,97 €	58,11 €	13,62 €	16,28 €	18,41 €	24,79 €	33,04 €	40,02 €
25 ans	25,35 €	30,36 €	34,37 €	42,51 €	48,69 €	58,98 €	13,82 €	16,52 €	18,69 €	25,16 €	33,53 €	40,62 €
26 ans	25,72 €	30,81 €	34,88 €	43,14 €	49,41 €	59,86 €	14,03 €	16,76 €	18,96 €	25,53 €	34,03 €	41,22 €
27 ans	26,11 €	31,27 €	35,40 €	43,79 €	50,15 €	60,75 €	14,23 €	17,01 €	19,24 €	25,91 €	34,54 €	41,84 €
28 ans	26,49 €	31,74 €	35,92 €	44,44 €	50,90 €	61,66 €	14,44 €	17,26 €	19,53 €	26,29 €	35,05 €	42,46 €
29 ans	26,89 €	32,21 €	36,46 €	45,10 €	51,66 €	62,58 €	14,65 €	17,52 €	19,81 €	26,68 €	35,57 €	43,09 €
30 ans	27,36 €	32,78 €	37,11 €	45,90 €	52,58 €	63,70 €	14,91 €	17,83 €	20,16 €	27,16 €	36,20 €	43,86 €
31 ans	27,77 €	33,27 €	37,66 €	46,59 €	53,36 €	64,65 €	15,13 €	18,09 €	20,46 €	27,56 €	36,74 €	44,51 €
32 ans	28,18 €	33,76 €	38,22 €	47,28 €	54,16 €	65,61 €	15,35 €	18,36 €	20,77 €	27,97 €	37,29 €	45,17 €
33 ans	28,60 €	34,26 €	38,79 €	47,99 €	54,97 €	66,59 €	15,58 €	18,63 €	21,07 €	28,38 €	37,84 €	45,85 €
34 ans	29,02 €	34,77 €	39,37 €	48,70 €	55,79 €	67,59 €	15,81 €	18,90 €	21,38 €	28,80 €	38,41 €	46,53 €
35 ans	29,45 €	35,29 €	39,95 €	49,43 €	56,62 €	68,60 €	16,04 €	19,18 €	21,70 €	29,23 €	38,98 €	47,22 €
36 ans	29,89 €	35,82 €	40,55 €	50,17 €	57,46 €	69,62 €	16,28 €	19,46 €	22,02 €	29,67 €	39,56 €	47,93 €
37 ans	30,34 €	36,35 €	41,15 €	50,92 €	58,32 €	70,66 €	16,52 €	19,75 €	22,35 €	30,11 €	40,15 €	48,64 €
38 ans	30,79 €	36,89 €	41,76 €	51,67 €	59,19 €	71,72 €	16,76 €	20,04 €	22,68 €	30,55 €	40,75 €	49,37 €
39 ans	31,24 €	37,44 €	42,39 €	52,45 €	60,08 €	72,79 €	17,01 €	20,34 €	23,01 €	31,01 €	41,35 €	50,10 €
40 ans	31,77 €	38,07 €	43,10 €	53,33 €	61,09 €	74,02 €	17,29 €	20,68 €	23,40 €	31,53 €	42,05 €	50,95 €
41 ans	32,48 €	38,92 €	44,06 €	54,52 €	62,46 €	75,68 €	17,67 €	21,14 €	23,92 €	32,23 €	42,99 €	52,09 €
42 ans	33,20 €	39,79 €	45,05 €	55,74 €	63,86 €	77,38 €	18,06 €	21,61 €	24,45 €	32,95 €	43,95 €	53,26 €
43 ans	33,94 €	40,68 €	46,06 €	56,99 €	65,29 €	79,11 €	18,46 €	22,09 €	25,00 €	33,69 €	44,93 €	54,45 €
44 ans	34,70 €	41,59 €	47,08 €	58,27 €	66,75 €	80,88 €	18,87 €	22,58 €	25,55 €	34,44 €	45,94 €	55,67 €
45 ans	35,47 €	42,52 €	48,14 €	59,57 €	68,24 €	82,70 €	19,29 €	23,08 €	26,12 €	35,21 €	46,96 €	56,91 €
46 ans	36,27 €	43,47 €	49,21 €	60,91 €	69,77 €	84,55 €	19,72 €	23,59 €	26,70 €	35,99 €	48,01 €	58,19 €
47 ans	37,08 €	44,44 €	50,31 €	62,27 €	71,34 €	86,45 €	20,16 €	24,12 €	27,29 €	36,79 €	49,09 €	59,49 €
48 ans	37,90 €	45,43 €	51,44 €	63,66 €	72,94 €	88,38 €	20,60 €	24,65 €	27,90 €	37,62 €	50,19 €	60,82 €
49 ans	38,75 €	46,45 €	52,59 €	65,09 €	74,57 €	90,37 €	21,06 €	25,20 €	28,52 €	38,46 €	51,31 €	62,18 €
50 ans	39,64 €	47,51 €	53,80 €	66,59 €	76,29 €	92,45 €	21,54 €	25,78 €	29,18 €	39,34 €	52,49 €	63,61 €
51 ans	40,62 €	48,69 €	55,14 €	68,25 €	78,19 €	94,76 €	22,07 €	26,41 €	29,90 €	40,32 €	53,79 €	65,20 €
52 ans	41,63 €	49,90 €	56,51 €	69,95 €	80,14 €	97,12 €	22,62 €	27,07 €	30,64 €	41,32 €	55,13 €	66,82 €
53 ans	42,66 €	51,15 €	57,92 €	71,69 €	82,13 €	99,54 €	23,17 €	27,74 €	31,40 €	42,34 €	56,50 €	68,48 €
54 ans	43,72 €	52,42 €	59,36 €	73,47 €	84,18 €	102,02 €	23,75 €	28,42 €	32,18 €	43,39 €	57,91 €	70,19 €
55 ans	44,81 €	53,72 €	60,83 €	75,30 €	86,28 €	104,56 €	24,33 €	29,13 €	32,97 €	44,47 €	59,35 €	71,93 €
56 ans	45,92 €	55,06 €	62,35 €	77,18 €	88,43 €	107,17 €	24,93 €	29,85 €	33,79 €	45,58 €	60,82 €	73,73 €
57 ans	47,06 €	56,42 €	63,90 €	79,10 €	90,63 €	109,84 €	25,55 €	30,59 €	34,63 €	46,71 €	62,34 €	75,56 €
58 ans	48,23 €	57,83 €	65,49 €	81,07 €	92,89 €	112,58 €	26,18 €	31,34 €	35,49 €	47,87 €	63,89 €	77,44 €
59 ans	49,43 €	59,27 €	67,12 €	83,09 €	95,20 €	115,39 €	26,83 €	32,12 €	36,37 €	49,06 €	65,48 €	79,37 €
60 ans	50,66 €	60,74 €	68,79 €	85,16 €	97,57 €	118,26 €	27,49 €	32,92 €	37,27 €	50,28 €	67,11 €	81,35 €
61 ans	51,92 €	62,25 €	70,50 €	87,28 €	100,01 €	121,21 €	28,17 €	33,73 €	38,19 €	51,53 €	68,78 €	83,38 €
62 ans	53,21 €	63,80 €	72,26 €	89,45 €	102,50 €	124,24 €	28,87 €	34,57 €	39,14 €	52,81 €	70,49 €	85,45 €
63 ans	54,53 €	65,39 €	74,06 €	91,68 €	105,06 €	127,33 €	29,58 €	35,42 €	40,11 €	54,12 €	72,25 €	87,58 €
64 ans	55,89 €	67,02 €	75,90 €	93,97 €	107,67 €	130,51 €	30,32 €	36,30 €	41,11 €	55,47 €	74,05 €	89,77 €
65 ans	57,28 €	68,68 €	77,79 €	96,31 €	110,36 €	133,77 €	31,07 €	37,20 €	42,13 €	56,85 €	75,89 €	92,00 €

La cotisation évolue ensuite de 2,5 % par an jusqu'à 85 ans

CONDITIONS GÉNÉRALES ANGEVA 2006

LES DÉFINITIONS

Régime de base

Régime légal de protection sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré (Sécurité sociale, régime obligatoire des Travailleurs Non Salariés [TNS], régime des exploitants agricoles [AMEXA]).

Adhérent

Personne membre de l'association et qui adhère aux présentes garanties ; un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

Assuré(s)

L'adhérent et éventuellement son conjoint et leurs enfants, affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

L'OBJET

Remboursement des frais médicaux ou chirurgicaux en complément des prestations en nature versées par le régime de base.

L'ADHÉSION

Toute personne membre de l'association dont l'âge est inférieur à 65 ans au jour de l'adhésion, peut demander son adhésion aux présentes garanties. Les membres d'une famille doivent souscrire le même niveau et le même renfort.

Prise d'effet

L'adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de la réception par ALPTIS ASSURANCES, de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Elle est constatée par un certificat d'adhésion précisant les garanties souscrites, la date d'effet des garanties et les personnes assurées.

Souscription d'un renfort

Il est possible de souscrire en complément des garanties Angeva 10, 12 ou 15, un renfort A ou B. La souscription d'un renfort est familiale ; l'âge de l'adhérent et de ses ayants droit doit être inférieur à 65 ans. La souscription d'un renfort postérieurement à la garantie de base n'est possible que pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la demande.

Durée de l'adhésion

Sauf déclarations inexactes faites à l'adhésion, de la perte de qualité d'assuré social affilié à un régime de base et sous réserve du paiement des cotisations, la garantie acquise est viagère. **En cours de contrat, aucun adhérent ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.**

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Sanction en cas de fausse déclaration

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion.

En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte lors de l'adhésion ou dans la déclaration d'un sinistre, les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat), L. 113-9 (réduction des indemnités) et L. 132-26 du code des assurances, seront appliquées.

LA CESSATION DES GARANTIES

Les garanties et/ou renforts cessent dans les cas suivants

- En cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre). L'adhérent peut résilier unilatéralement le renfort dans les mêmes conditions que celles prévues décrites ci-dessus.
- En cas de non paiement des cotisations : à défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, ALPTIS ASSURANCES adresse par lettre recommandée pour le compte de l'assureur une mise en demeure pouvant entraîner la résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

LE FONCTIONNEMENT

Délais d'attente applicables aux assurés

Il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Les dépenses relatives aux maladies survenues pendant cette période seront prises en charge sur la base de remboursement de la garantie Angeva 12, quelle que soit la date de ces dépenses.

LE FONCTIONNEMENT (suite)

Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

- **Angeva 10 et 12** : pas de délai d'attente, la garantie est immédiate dès la date d'effet de l'adhésion.
- **Angeva 15, 20, 23 et 24** : les délais d'attente sont les suivants :
 - 3 mois pour les soins, maladie et hospitalisation (sauf soins consécutifs à un accident ou une maladie infectieuse sur présentation de justificatifs),
 - 9 mois pour la maternité, les prothèses dentaires, l'orthodontie et l'optique.
- **Renforts A et B** :
 - Souscription simultanée à la garantie de base : pas de délai d'attente, le renfort est immédiat dès la date d'effet de l'adhésion.
 - Souscription postérieure à la garantie de base ou modification d'un renfort A en renfort B : délai d'attente de 6 mois.

Les délais d'attente peuvent être abrogés dans les cas suivants :

- pour les assurés bénéficiant de garanties équivalentes et de même niveau à la date d'adhésion (interruption d'un mois au maximum), sur présentation de la copie du certificat de radiation et du descriptif des prestations du précédent contrat,
- pour les membres des professions libérales dans **les 6 mois** suivant leur inscription au régime d'assurance vieillesse,
- pour les commerçants ou artisans dans **les 6 mois** suivant leur inscription au registre du commerce ou des métiers.

Affiliation d'un ayant droit

Les délais d'attente sont supprimés en cas de mariage ou de naissance, si l'adhésion est demandée dans un délai de 2 mois suivant l'événement.

Changement de la situation de l'assuré

L'adhérent doit informer ALPTIS ASSURANCES par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un assuré :

- changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet au premier janvier suivant ;
- changement de régime de base.

Changement de garantie

Après un an d'adhésion à la garantie et/ou au renfort, l'adhérent peut demander la modification de sa garantie et/ou son renfort pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la demande ; l'adhérent et ses ayants droit ne doivent pas dépasser la limite d'âge prévue pour l'accès à la garantie et/ou au renfort ; ils doivent en outre se soumettre aux éventuelles formalités médicales exigées à la souscription de cette nouvelle garantie de la gamme ALPTIS (selon conditions en vigueur au moment du changement de garantie).

Les plafonds dentaires de première et deuxième année sont applicables en cas d'augmentation de garantie.

LES COTISATIONS

Département de résidence

La cotisation prend en compte le département de résidence principale de l'adhérent résidant en France métropolitaine au moment de son adhésion à la garantie.

Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Variation des cotisations et des garanties

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations sont indexées au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale totale (CMT) nationale, et des résultats du contrat. De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, des bases de remboursement ou de la législation fiscale ou sociale.

LES GARANTIES

Risques couverts

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base de l'assuré et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par l'assuré (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations).

CONDITIONS GÉNÉRALES ANGEVA 2006 (suite)

LES GARANTIES (suite)

Sont couverts les frais médicaux y compris ceux résultant d'accidents du travail, d'accidents par tiers responsable, d'accidents de la vie privée, d'accidents scolaires, l'hospitalisation pour maladie, la chirurgie, la maternité.

Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus".

Le présent contrat dit responsable, prend en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- les prestations liées aux consultations et prescriptions du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins, mentionnées à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale dans les conditions définies au I de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- les prestations liées à la prévention dans les conditions définies au II de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Règlement des prestations

Pour les Assurés sociaux relevant d'un régime général de la Sécurité sociale ou de la RAM ou du régime "Alsace-Moselle" :

ALPTIS ASSURANCES pratique la télétransmission informatique avec leur centre. Ceci permet d'éviter l'envoi des décomptes (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention "copie transmise pour information à votre assureur"). Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la Carte Vitale de tous les assurés inscrits.

Pour les autres Assurés sociaux et ceux visés ci-dessus pour lesquels la télétransmission n'est pas opérationnelle :

Pour obtenir le règlement des prestations, l'adhérent doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES, les décomptes originaux des prestations délivrés par les régimes de base.

Pour tous les Assurés :

Pour obtenir le règlement des forfaits (naissance, cure thermale, optique, etc...), compléments de règlement d'un autre régime complémentaire, l'adhérent doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES :

- les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles,
- un acte de naissance de l'enfant ou la copie du jugement d'adoption,
- l'original du décompte de prestations éventuel d'un autre régime complémentaire.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

Prise en charge en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers-payant avec les caisses de Sécurité sociale, ALPTIS ASSURANCES délivre des prises en charge.

Bonus fidélité pour les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursables par le régime de base

Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursables par le régime de base sont majorés à partir de la 3^{ème} année d'adhésion selon les montants prévus dans le descriptif des prestations.

Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie. Toute augmentation de garantie annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant la modification.

Exemple : adhésion au 01/02/06 à Angeva 12 ; à partir du 01/02/08 le bonus fidélité est de 25% de la BR ; au 01/07/08, adhésion à Angeva 15 ; le bonus fidélité de 25% de la BR ne s'applique plus ; à compter du 01/07/10, l'assuré bénéficiera du bonus fidélité de 50% de la BR.

Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont accordées en France et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois.

Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les règlements sont effectués en France et en Euros.

Risques exclus

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile ou étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- le fait volontaire de l'assuré, y compris la tentative de suicide ;

LES GARANTIES (suite)

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours en maison d'enfants ;
- les frais relatifs aux établissements de long séjour ;
- les séjours en instituts médico-psycho-pédagogiques, les séjours en centres médico-psycho-pédagogiques, les séjours en instituts médico-éducatifs.

Les garanties du présent contrat dit responsable ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la contribution forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur à la charge de l'assuré et de ses ayants droit liée à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ;
- la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels l'assuré n'a pas autorisé le recueil des données de santé prévu à l'article L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect du parcours de soins, prévus à l'article L. 162-5 18° du code de la Sécurité sociale ;
- tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Limite des prestations

Les remboursements ou les indemnités ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Loi 78-17 du 6 janvier 1978

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant, qui figurerait sur les fichiers à l'usage d'ALPTIS ASSURANCES, en vous adressant au siège social.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs est la Commission de Contrôle des Assurances, Mutuelles et Institutions de Prévoyance (CCAMIP) - 54 bis rue de Châteaudun - 75009 PARIS.

DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des assurances.

MÉDIATION

Les modalités de la procédure de médiation seront communiquées sur demande adressée au service relation consommateurs des organismes assureurs.

Adresses en 1^{ère} page.

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

ALPTIS ASSURANCES

Société de courtage d'assurance, gestionnaire du contrat

33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 - Téléphone 04 72 36 16 20 - Email : gestion@alptis.fr - Internet : www.alptis.org
SA régie par les articles L. 225-57 à L. 225-93 du code de commerce au capital de 10 000 000 € - 335 244 489 RCS Lyon
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L. 530-1 et L. 530-2 du code des assurances