



FRAIS DE SANTÉ
2005

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. 140-4 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 la CIARL (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables) - 38, rue de Saint Pétersbourg - 75008 Paris, 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 2005

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*.

ANGEVA	10	12	15	20	23	24
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers-payant MATERNITÉ • Tiers-payant MAISON DE REPOS/CONVALESCENCE⁽¹⁾ • Tiers-payant <ul style="list-style-type: none"> 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 - durée illimitée (sauf psychiatrie limitée à 60 jours/an) Forfait naissance ou adoption versé si la mère est inscrite 	100 % TC 30 €/jour 100 % TA 30 €/jour 10 €/jour 100 % FR 100 €	125 % TC 40 €/jour 125 % TA 40 €/jour 15 €/jour 100 % FR 200 €	150 % TC 50 €/jour 150 % TA 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⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none"> Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation 	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
CURE THERMALE <ul style="list-style-type: none"> 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 % TC 100 €	125 % TC 200 €	150 % TC 250 €	200 % TC 300 €	200 % TC 300 €	200 % TC 300 €
SOINS INOPINÉS A L'ÉTRANGER <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation, soins médicaux 	100 % RSS	125 % RSS	150 % RSS	200 % RSS	200 % RSS	200 % RSS
HONORAIRES MÉDICAUX* <ul style="list-style-type: none"> Consultations et visites Analyses, radios, travaux de laboratoires • Tiers-payant⁽²⁾ Petite chirurgie, auxiliaires médicaux, actes de chirurgie : intervention chirurgicale effectuée dans un cabinet médical avec salle d'opération Actes d'ostéopathe⁽³⁾, d'étéopathe⁽³⁾, de chiropracteur⁽³⁾, d'acupuncteur⁽³⁾ ou de diététicien⁽³⁾ (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 % TC 100 % TC 100 % TC Néant Néant	120 % TC 120 % TC 120 % TC Maximum 20 € Maximum 40 €	130 % TC 130 % TC 130 % TC Maximum 25 € Maximum 50 €	170 % TC 170 % TC 170 % TC Maximum 25 € Maximum 50 €	170 % TC 170 % TC 170 % TC Maximum 25 € Maximum 50 €	170 % TC 170 % TC 170 % TC Maximum 25 € Maximum 50 €
PHARMACIE <ul style="list-style-type: none"> Pharmacie prise en charge (y compris l'homéopathie) • Tiers-payant⁽²⁾ 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 <ul style="list-style-type: none"> Orthopédie, prothèses auditives Prothèse capillaire 	100 % TC Néant	125 % TC Néant	150 % TC 150 % RSS	200 % TC 200 % RSS	200 % TC 200 % RSS	200 % TC 200 % RSS
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> Soins Prothèses acceptées, orthodontie acceptée BONUS FIDÉLITÉ : à partir de la 3^{ème} année d'adhésion⁽⁴⁾ Prothèses non prises en charge par le régime de base ou traitements parodontologie ou implantologie (remboursement par année d'adhésion et par bénéficiaire) Plafond annuel⁽⁵⁾ 	100 % TC 100 % TC +25 % TC Néant Aucun	120 % TC 125 % TC +25 % TC Maximum 100 € Aucun	130 % TC 150 % TC +50 % TC Maximum 150 € Aucun	170 % TC 200 % TC +50 % TC Maximum 200 € 600 € 1 200 € Aucun	270 % TC 300 % TC +50 % TC Maximum 300 € 800 € 1 600 € Aucun	320 % TC 350 % TC +50 % TC Maximum 300 € 1 000 € 2 000 € Aucun
OPTIQUE (remboursement en complément du régime de base) <ul style="list-style-type: none"> Verres, monture, lentilles acceptées, lentilles médicalement prescrites refusées, 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

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⁾ 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.

⁽³⁾ Praticien inscrit auprès d'une association professionnelle reconnue.

⁽⁴⁾ Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie. Le bonus fidélité s'applique aux prothèses dentaires acceptées et à l'orthodontie acceptée.

⁽⁵⁾ 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 obligatoire applique à l'assuré la contribution forfaitaire instaurée par la loi n° 2004-810, article 20 du 13 août 2004, cette contribution reste à sa charge et ne peut être remboursée par la complémentaire.

TC (Tarif de Convention) : montant des honoraires établi par convention entre la Sécurité sociale et les professions de santé servant de base de remboursement ; dans le cas d'un praticien non conventionné, la base du remboursement se fait par rapport au tarif d'autorité.

TA (Tarif d'Autorité) : barème fixé par la Sécurité sociale pour les praticiens ou établissements non conventionnés.

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.



FRAIS DE SANTÉ
2005

CIMEA

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. 140-4 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, de la SwissLife Prévoyance et Santé - 86 boulevard Haussmann - 75380 Paris cedex 08, entreprises régies par le code des assurances. Le nom de la compagnie qui assure vos garanties est rappelé sur votre certificat d'adhésion.

Réf : 

DESRIPTIF DES PRESTATIONS CIMEA 2005

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*.

CIMEA	30	40	50
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers-payant MATERNITÉ • Tiers-payant MAISON DE REPOS/CONVALESCENCE⁽¹⁾ • Tiers-payant <ul style="list-style-type: none"> 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 par an) Forfait hospitalier - durée illimitée Forfait naissance ou adoption versé si la mère est inscrite 	100 % FR 100 % FR 70 % FR 80 €/jour 30 €/jour 100 % FR 400 €	100 % FR 100 % FR 80 % FR 100 €/jour 40 €/jour 100 % FR 450 €	100 % FR 100 % FR 90 % FR 150 €/jour 50 €/jour 100 % FR 500 €
TRANSPORT • Tiers-payant⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none"> Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation 	100 % TC	100 % TC	100 % TC
CURE THERMALE <ul style="list-style-type: none"> 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) 	300 % TC 350 €	400 % TC 375 €	500 % TC 400 €
SOINS INOPINÉS A L'ÉTRANGER <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation, soins médicaux 	300 % RSS	400 % RSS	500 % RSS
HONORAIRES MÉDICAUX* <ul style="list-style-type: none"> Consultations et visites Analyses, radios, travaux de laboratoires • Tiers-payant⁽²⁾ Petite chirurgie, auxiliaires médicaux, actes de chirurgie : intervention chirurgicale effectuée dans un cabinet médical avec salle d'opération Actes d'ostéopathe⁽³⁾, d'étéopathe⁽³⁾, de chiropracteur⁽³⁾, d'acupuncteur⁽³⁾ ou de diététicien⁽³⁾ (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) 	270 % TC 270 % TC 270 % TC Maximum 30 € Maximum 60 €	370 % TC 370 % TC 370 % TC Maximum 35 € Maximum 70 €	470 % TC 470 % TC 470 % TC Maximum 40 € Maximum 80 €
PHARMACIE <ul style="list-style-type: none"> Pharmacie prise en charge (y compris l'homéopathie) • Tiers-payant⁽²⁾ 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 Maximum 60 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 65 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 70 € 100 % FR
APPAREILLAGE <ul style="list-style-type: none"> Orthopédie, prothèses auditives Prothèse capillaire 	300 % TC 300 % RSS	400 % TC 400 % RSS	500 % TC 500 % RSS
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> Soins Prothèses acceptées, orthodontie acceptée BONUS FIDÉLITÉ : à partir de la 3^{ème} année d'adhésion⁽⁴⁾ Prothèses non prises en charge par le régime de base ou traitements parodontologie ou implantologie (remboursement par année d'adhésion et par bénéficiaire) <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} année - 2^{ème} année - 3^{ème} année et suivantes Plafond annuel⁽⁵⁾ 	270 % TC 300 % TC +50 % TC Maximum 300 € 800 € 1 600 € Aucun	320 % TC 350 % TC +50 % TC Maximum 300 € 1 000 € 2 000 € Aucun	370 % TC 400 % TC +100 % TC Maximum 300 € 1 200 € 2 400 € Aucun
OPTIQUE (remboursement en complément du régime de base) <ul style="list-style-type: none"> Verres, monture, lentilles acceptées, lentilles médicalement prescrites refusées, chirurgie réfractive (intervention au laser pour la myopie ou la presbytie) 	Maximum 300 € par an et bénéficiaire	Maximum 330 € par an et bénéficiaire	Maximum 350 € par an et bénéficiaire

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⁾ 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.

⁽³⁾ Praticien inscrit auprès d'une association professionnelle reconnue.

⁽⁴⁾ Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie. Le bonus fidélité s'applique aux prothèses dentaires acceptées et à l'orthodontie acceptée.

⁽⁵⁾ 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 obligatoire applique à l'assuré la contribution forfaitaire instaurée par la loi n° 2004-810, article 20 du 13 août 2004, cette contribution reste à sa charge et ne peut être remboursée par la complémentaire.

TC (Tarif de Convention) : montant des honoraires établi par convention entre la Sécurité sociale et les professions de santé servant de base de remboursement ; dans le cas d'un praticien non conventionné, la base du remboursement se fait par rapport au tarif d'autorité.

TA (Tarif d'Autorité) : barème fixé par la Sécurité sociale pour les praticiens ou établissements non conventionnés.

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.