

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 1		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération	100%
	Forfait journalier hospitalier	
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Appareils auditifs, orthopédie	100%
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	100%
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	100%
	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	<ul style="list-style-type: none"> . verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'œil. 	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	
	- à compter de la 3ème année d'assurance	
	- à compter de la 5ème année d'assurance	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	<ul style="list-style-type: none"> - à la prise d'effet de l'adhésion - à compter de la 3ème année d'assurance - à compter de la 5ème année d'assurance 	100%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	
	<ul style="list-style-type: none"> - pour les 2 premières années d'assurance - à compter de la 3ème année d'assurance 	500 €

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	100%
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack optique et dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patchs, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

La souscription d'un Pack Optique-Dentaire et Bien-être sur la Formule 1 rend le contrat non responsable.

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" N° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 2		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	Frais réels
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – CAS	Frais réels
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – non CAS	200%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	150%
En établissement non conventionné (tous postes confondus) – non CAS	130%	
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil.	50 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	50 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	50 €
	. verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	200 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	200 €
Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €		
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	
	- à compter de la 3ème année d'assurance	
	- à compter de la 5ème année d'assurance	
Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	600 €	
- pour les 2 premières années d'assurance		
- à compter de la 3ème année d'assurance		

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	100%
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack optique et dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patches, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 3

HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	-Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	Frais réels
	-Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens - CAS	Frais réels
	-Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – non CAS	200%
	-Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	-Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	150%
En établissement non conventionné (tous postes confondus) – non CAS	130%	
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil.	80 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	100 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	120 €
	. verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	220 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	240 €
Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €		
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	130%
	- à compter de la 3ème année d'assurance	145%
	- à compter de la 5ème année d'assurance	160%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	
- pour les 2 premières années d'assurance	700 €	
- à compter de la 3ème année d'assurance		

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	100% 100 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	100 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack optique et dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patches, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Renfort forfait auditif	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	+ 75 €	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	+ 150 €	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	+ 200 €	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	+ 400 €	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous ;

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 4

HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	Frais réels
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens - CAS	Frais réels
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – non CAS	200%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	150%
En établissement non conventionné (tous postes confondus) – non CAS	130%	
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - CAS	125%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – non CAS	105%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	
	Appareils auditifs, orthopédie	125%
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. Verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil	120 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	140 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	160 €
	. Verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	230 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	250 €
Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €		
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	125%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	160%
	- à compter de la 3ème année d'assurance	180%
	- à compter de la 5ème année d'assurance	200%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	
- pour les 2 premières années d'assurance	800 €	
- à compter de la 3ème année d'assurance		

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	125% 120 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	125 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si Pack Optique et Dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patches, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 5

HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	-Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	Frais réels
	-Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens - CAS	Frais réels
	-Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – non CAS	200%
	-Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	-Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	150%
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) – non CAS	130%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - CAS	150%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – non CAS	130%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	150%
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
Hospitalisation à domicile		
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré:	
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	
	. verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire). chirurgie laser de l'œil.	160 €
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	180 €
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	200 €
	. verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	240 €
- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	260 €	
Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €		
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	150%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	200%
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	220%
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	240%
Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :		
- pour les 2 premières années d'assurance	1 000 €	
- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance		

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	150% 150 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	160 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si Pack Optique et Dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patches, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 6

HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	-Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	Frais réels
	-Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens - CAS	Frais réels
	-Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – non CAS	200%
	-Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	-Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	150%
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) – non CAS	130%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - CAS	200%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – non CAS	180%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	
	Appareils auditifs, orthopédie	200%
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil.	200 €
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	220 €
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	240 €
	. verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	250 €
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	270 €
	Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	200%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	240%
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	260%
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	280%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	
	- pour les 2 premières années d'assurance	1 500 €
- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance		

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	200%
		175 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	200 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	750 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack Optique et Dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patchs, comprimés, gommes) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 7		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	Frais réels
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens - CAS	Frais réels
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – non CAS	200%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	150%
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) – non CAS	130%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - CAS	300%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – non CAS	200%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	300%
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré : . verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil.	310 €
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	340 €
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	370 €
	. verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire	310 €
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	340 €
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	370 €
Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €		
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	300%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire : - à la prise d'effet de l'adhésion	
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	340%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré : - pour les 2 premières années d'assurance - à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	1 800 €

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	300%
	+ Forfait par an et par assuré	200 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	240 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	750 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	100 € (tous actes confondus)
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus

**Remboursement des traitements nicotiques de substitution (patchs, comprimés, gommes) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n°30598-0115

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.
Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau TM		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération	100%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	
	Lit accompagnant	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses,	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire.	
	Indemnisation maximum par an et par assuré :	
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	100%
	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . chirurgie laser de l'œil.	
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	100%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	500 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	100%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	
	Orthopédie et autres prothèses	100%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire) Forfait par an et par assuré :	

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	+ Forfait par an et par assuré :	
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

La souscription d'un Pack Optique-Dentaire et Bien-être sur la formule Senior niveau TM rend le contrat non responsable.

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.
Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 1		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	100%
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération	Frais réels
	Forfait journalier hospitalier	Jusqu'à 60 € par jour pendant 90 jours**
	Chambre particulière*	Jusqu'à 20 € par jour pendant 10 jours**
	Lit accompagnant	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire.	30 €
	Indemnisation maximum par an et par assuré :	
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. Verres simples et montures acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil	100 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	150 €
	. Verres complexes et montures acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	225 €
	Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	120%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	170%
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	800 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	100%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	100 €
	Orthopédie et autres prothèses	100%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire)	
	Forfait par an et par assuré :	50 €

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	+ Forfait par an et par assuré :	100 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 1+		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	125%
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes - CAS	125%
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes - non CAS	105%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	Jusqu'à 60 € par jour pendant 120 jours**
	Lit accompagnant	Jusqu'à 20 € par jour pendant 15 jours**
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	125%
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - non CAS	105%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - CAS	125%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - non CAS	105%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	
	Transport du malade	125%
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire. Indemnisation maximum par an et par assuré :	40 €
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. Verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil	125 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	175 €
	. Verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil	200 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	250 €
	Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	125%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	140%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	190%
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	50 €
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	1 000 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	125%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	150 €
	Orthopédie et autres prothèses	125%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire)	65 €
	Forfait par an et par assuré :	

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	125%
	+ Forfait par an et par assuré :	125 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 2		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	150%
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes - CAS	150%
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes – non CAS	130%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	Jusqu'à 60 € par jour sans limite de durée **
	Lit accompagnant	Jusqu'à 20 € par jour pendant 20 jours**
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – CAS	150%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – non CAS	130%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	150%
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire.	50 €
	Indemnisation maximum par an et par assuré :	
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. Verres simples et montures acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil	150 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à	200 €
	. Verres complexes et montures acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à	275 €
	Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	150%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	160%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	210%
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	100 €
		1 200 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	150%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	200 €
	Orthopédie et autres prothèses	150%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire)	
	Forfait par an et par assuré :	75 €

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

« ... » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	150%
	+ Forfait par an et par assuré :	150 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 3		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération	200%
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes - CAS	200%
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes – non CAS	180%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	Jusqu'à 80 € par jour sans limite de durée **
	Lit accompagnant	Jusqu'à 20 € par jour pendant 25 jours**
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - CAS	150%
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) – non CAS	130%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - CAS	200%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – non CAS	180%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	
	Transport du malade	
PHARMACIE	Hospitalisation à domicile	200%
	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire. Indemnisation maximum par an et par assuré :	60 €
OPTIQUE	Forfait optique tous les 2 ans et par assuré :	
	. verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire, lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil	200 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	250 €
	. verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire	200 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	300 €
Au sein de ce forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans, le remboursement maximum de la monture est de 150 €		
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	200%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	200%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	250%
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	150 €
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	1 400 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	200%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	250 €
	Orthopédie et autres prothèses	200%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire)	100 €
	Forfait par an et par assuré :	

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 80 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	200%
	+ Forfait par an et par assuré :	200 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces

**COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE »
ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA
JEUNE**

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous. Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Formule de base

Formule de base		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – CAS	Frais réels
	Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens – non CAS	200%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	100%
	Appareils auditifs, orthopédie	60%
	Hospitalisation à domicile	100%
PHARMACIE	Médicaments avec vignettes blanches remboursés par le Régime Obligatoire à 65%	100%
	Médicaments (et homéopathie) avec vignettes bleues remboursés par le Régime Obligatoire à 30%	-
	Médicaments avec vignettes orange remboursés par le Régime Obligatoire à 15%	-
AUTRE	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	100%
	Consultations et soins dentaires	100%
	Prise en charge de tous les actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Les packs

Assistance hospitalière	Niveau éco
Indemnité versée à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale consécutive à une maladie ou du 1 ^{er} jour d'hospitalisation consécutive à un accident	8 €/jour

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

Confort santé		Niveau 1	Niveau 2
FRAIS DE SOINS	Chambre particulière	30 €/jour ⁽¹⁾	60 €/jour ⁽¹⁾
	Forfait annuel « bien-être » (par personne) : Pharmacie non remboursée (contraception, test de grossesse, préservatifs...), Consultation bien-être	30 € ⁽²⁾	60 € ⁽²⁾
	En l'absence de dépense au cours de l'année d'assurance précédente, ce forfait est porté à :	45 €	90 €
	Forfait annuel « optique/dentaire » (par personne) Optique (monture, verres ou lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale), Prothèses dentaires	30 €	60 €
	En l'absence de dépense au cours de l'année d'assurance précédente, ce forfait est porté à :	45 €	90 €
ASSISTANCE EN FRANCE	Informations médicale, recherche de personnel médical, livraison de médicaments	Inclus	
	Info Emploi	Inclus	
	Aide psychologique à domicile d'urgence	Inclus	
	Frais de secours sur pistes de ski	Inclus	
ASSISTANCE A L'ETRANGER	Orientations médicales et transports sanitaire, rapatriement, envoi de médicaments à l'étranger	Inclus	
	Aller/retour d'un proche , retour anticipé en cas de décès d'un proche	Inclus	
	Avance de frais d'hospitalisation, remboursement complémentaire de frais médicaux	Inclus	
	Poursuites judiciaires : avance de caution pénale et d'honoraires d'avocats	Inclus	
	Perte de documents et de bagages personnels	Inclus	
RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVÉE	Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs	Jusqu'à 10 000 000 €	
	Franchise	100 €	
ASSUR'EXAM	Versement d'une indemnité jusqu'à 5000 € en cas de redoublement suite à l'un des événements suivants; en cas d'empêchement de se présenter à un examen :	Inclus	
	Hospitalisation du bénéficiaire de plus de 3 jours consécutifs sur les 30 jours précédant la date de l'examen Décès d'un proche dans les 15 jours précédant l'examen Accident d'un proche entraînant une hospitalisation de plus de 24 heures dans les 15 jours précédant l'examen	Inclus	

La souscription d'un pack confort santé rend la formule Santhia Jeune non responsable.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires...

Le remboursement de la chambre particulière est limité à 30 jours par année civile (2) Le remboursement de la chambre particulière est limitée à 60 jours par année civile

(1)



AVIVA ASSURANCES
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

ANNEXE DES GARANTIES AVIVA HOSPITALISATION

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0115.

Détail des garanties

		Amis Hospitalisation 1	Amis Hospitalisation 2
HOSPITALISATION en établissement conventionné	Frais de séjour, salle d'opération, Honoraires des chirurgiens, réanimateurs	150 %*	Frais réels (3)
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière (1)	50 €/ jour	150 €/ jour (4)
	Lit accompagnant (2)	20 €/ jour	20 €/ jour
	Consultations pré et post-opératoire	150 %*	300 % *(3)
	Frais de transport	100 %*	100 %*
HOSPITALISATION en établissement non conventionné	Frais de séjour, salle d'opération, Honoraires des chirurgiens, réanimateurs	150%*	150%*
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
SERVICES	Assistance au quotidien	Inclus	Inclus
	Décompte en ligne	Inclus	Inclus

* Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés et sauf clauses d'exclusions visées aux conditions générales.

Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire (RO), si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

- (1) Le remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires...
(2) Limité à 10 jours par an
(3) Limité à 150%* au cours de la première année d'assurance
(4) Limité à 50€ au cours de la première année d'assurance

Pack Assistance Hospitalière

15 € par jour à compter du 1er jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale consécutive à une maladie ou à un accident (pendant 365 jours)

Pack Optique / Dentaire / Bien Etre

Forfait Optique (monture, verres, lentilles remboursées ou non par le RO) Par an et par assuré	100 €
Forfait Dentaire (Prothèses remboursées ou non par le RO, orthodontie remboursée ou non par le RO, implants, parodontologie) Par an et par assuré	100 €
Forfait Bien-être (Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le RO) Par an et par Assuré	100 €



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

ANNEXE DES GARANTIES

AMIS SANTE PRO

Les garanties acquises sont précisées aux conditions particulières. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels.
Les prestations exprimées en « ...% » signifient en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul.
Les prestations exprimées en Euros sont versées par an et par bénéficiaire en complément du remboursement du Régime Obligatoire.

SOINS COURANTS ET PHARMACIE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie - CAS	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie – non CAS	100%	100%	105%	130%	180%	200%
Médicaments remboursés à 65%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médicaments remboursés à 30% et à 15%	---	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Analyses, Auxiliaires médicaux, Transport du malade, Hospitalisation à domicile	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Appareil auditif + Forfait par an et par assuré	100%	100% + 200 €	125% + 250 €	150% + 300 €	200% + 400 €	300% + 600 €
Orthopédie et autres prothèses	100%	100%	125%	150%	200%	300%
HOSPITALISATION (y compris maternité)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
En établissement conventionné						
Honoraires - CAS	100%	150%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires – non CAS	100%	150%	200%	200%	200%	200%
Frais de séjour	100%	150%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	30 €/ jour	50 €/ jour	80 €/ jour	150 €/ jour	150 €/ jour	150 €/ jour
Forfait accompagnant - Limité à 10 jours / an	---	20 €/ jour	30 €/ jour	30 €/ jour	30 €/ jour	30 €/ jour
Dès le premier jour d'hospitalisation, une indemnité pour financer les frais annexes : Tv, téléphone, wifi, magazine...	---	---	5 €/ jour	10 €/ jour	15 €/ jour	20 €/ jour
En établissement non conventionné						
Tous postes confondus - CAS	---	100%	125%	150%	200%	300%
Tous postes confondus – non CAS	---	100%	105%	130%	180%	200%
OPTIQUE (Tous les 2 ans et par bénéficiaire)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Forfait optique :						
-Monture + verres simples, lentilles remboursées ou non par le régime obligatoire	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €	600 €
Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, l'année suivante, votre forfait sera porté à :	100 €	225 €	375 €	450 €	675 €	850 €
-Monture + verres complexes	200 €	200 €	250 €	300 €	450 €	600 €
Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, l'année suivante, votre forfait sera porté à :	200 €	225 €	375 €	450 €	675 €	850 €
Chirurgie laser de l'œil	---	150 €	250 €	300 €	450 €	600 €
DENTAIRE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Consultations et soins dentaires	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Prothèses remboursées (réparations de prothèses, prothèses dentaires provisoires et autres prothèses dont la base est < à 64,50 €)	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Forfait par Prothèse dentaire définitive acceptées par le Régime Obligatoire (dont la base de remboursement est > ou = à 64,50 €)	50 €	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Dès la troisième année d'assurance, votre forfait par prothèse dentaire (dont la base de remboursement est > ou = à 64,50 €) sera porté à :	50 €	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire par an et par bénéficiaire	100 €	300 €	400 €	500 €	700 €	900 €
Parodontologie, implantologie et orthodontie non acceptées par le Régime Obligatoire par an et par bénéficiaire	----	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
Plafond de remboursements pour les deux premières années par an et par bénéficiaire :	500 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €	2000 €

FORFAITS, PREVENTION ET INNOVATIONS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Médecine douce : ostéopathe, étiope, chiropracteur, podologue	----	50 €	75 €	100 €	150 €	200 €
Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire : vaccins, homéopathie, pilule contraceptive, sevrage tabagique	----	50 €	75 €	100 €	150 €	200 €
Prévention : dépistage cancer colon, dépistage papillomavirus, ostéodensitométrie non remboursée	50 €	50 €	100 €	100 €	150 €	200 €
Bilan de santé annuel	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Délivrance du certificat médical pour la pratique d'un sport	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Prise en charge de tous les actes de prévention relatifs au contrat responsable	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.



AVIVA ASSURANCES
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

**COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE »
ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA**

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.
Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 1		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération Forfait journalier hospitalier	100%
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	100%
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	100%
	Forfait optique par an et par assuré : · verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, · lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), · Chirurgie laser de l'œil.	
	- à la prise d'effet de l'adhésion - à compter de la 3ème année d'assurance - à compter de la 5ème année d'assurance	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire : - à la prise d'effet de l'adhésion - à compter de la 3ème année d'assurance - à compter de la 5ème année d'assurance	
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré : - pour les 2 premières années d'assurance - à compter de la 3ème année d'assurance	

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	100%
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack optique et dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patchs, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" N° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Formule 2		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération Forfait journalier hospitalier Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	100%
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	
	Forfait optique par an et par assuré : . verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'œil.	50 €
	- à la prise d'effet de l'adhésion	50 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	50 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	50 €
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	
	- à compter de la 3ème année d'assurance	
	- à compter de la 5ème année d'assurance	
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	600 €
	- pour les 2 premières années d'assurance	
	- à compter de la 3ème année d'assurance	

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	100%
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack optique et dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patchs, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 3

HOSPITALISATION	En établissement conventionné Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	
	Actes d'auxiliaires médicaux	100%
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	100%
	Forfait optique par an et par assuré : . verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'œil.	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	80 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	100 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	120 €
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	130%
	- à compter de la 3ème année d'assurance	145%
	- à compter de la 5ème année d'assurance	160%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	
	- pour les 2 premières années d'assurance	700 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	100% 100 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	100 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack optique et dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patches, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous ;

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 4

HOSPITALISATION	En établissement conventionné Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	
	Actes d'auxiliaires médicaux	125%
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	125%
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire Forfait optique par an et par assuré : . verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'oeil	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	120 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	140 €
	- à compter de la 5ème année d'assurance	160 €
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	125%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	160%
	- à compter de la 3ème année d'assurance	180%
	- à compter de la 5ème année d'assurance	200%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré : - pour les 2 premières années d'assurance	800 €
	- à compter de la 3ème année d'assurance	

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	125% 120 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	125 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si Pack Optique et Dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patches, comprimés, gommes) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 5

HOSPITALISATION	En établissement conventionné	Frais réels
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération	
	Forfait journalier hospitalier	
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	150%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	150%
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	
	Forfait optique par an et par assuré :	
	. verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire,	
	. lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire),	
. chirurgie laser de l'oeil.		
- à la prise d'effet de l'adhésion	160 €	
- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	180 €	
- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	200 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	150%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	200%
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	220%
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	240%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	
- pour les 2 premières années d'assurance	1 000 €	
- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance		

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	150% 150 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	160 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	500 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si Pack Optique et Dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patches, comprimés, gommes) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 6

HOSPITALISATION	En établissement conventionné	Frais réels
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération Forfait journalier hospitalier Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	200%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Appareils auditifs, orthopédie	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	200%
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	200 €
	Forfait optique par an et par assuré : . verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . chirurgie laser de l'oeil.	
	- à la prise d'effet de l'adhésion	
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	
- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	240 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	200%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :	240%
	- à la prise d'effet de l'adhésion	
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	280%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :	1 500 €
- pour les 2 premières années d'assurance		
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	200%
		175 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	200 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	750 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack Optique et Dentaire souscrit
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

**Remboursement des traitements nicotiniques de substitution (patchs, comprimés, gommes) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule 7			
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	Frais réels	
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération		
	Forfait journalier hospitalier		
	Chambre particulière* (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)		
	établissement non conventionné En (tous postes confondus)	150%	
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	300%	
	Actes d'auxiliaires médicaux		
	Appareils auditifs, orthopédie		
	Transport du malade		
	Hospitalisation à domicile		
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%	
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	300%	
	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire		
	Forfait optique par an et par assuré :		
	. verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire,		
	. lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire),		
. chirurgie laser de l'œil			
	- à la prise d'effet de l'adhésion	310 €	
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	340 €	
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	370 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	300%	
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :		
	- à la prise d'effet de l'adhésion		
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance		320%
	- à compter de la 5 ^{ème} année d'assurance		340%
	Plafond Prothèses dentaires par an et par assuré :		
	- pour les 2 premières années d'assurance	1 800 €	
	- à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance		

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	300%
	+ Forfait par an et par assuré	200 €
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	240 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait** par an et par assuré	50 €
FRAIS D'OBSQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	750 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	100 € (tous actes confondus)
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus

**Remboursement des traitements nicotiques de substitution (patchs, comprimés, gommes) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 €/an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 €/an	200 €/an

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n°30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.
Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau TM		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération	100%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	
	Lit accompagnant	
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses,	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire.	
	Indemnisation maximum par an et par assuré :	
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	100%
	Forfait optique par an et par assuré :	
	. verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire,	
	. lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . chirurgie laser de l'oeil.	
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique une année, pour l'année suivante, votre forfait sera porté à :	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	100%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	500 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	100%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	
	Orthopédie et autres prothèses	100%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire) Forfait par an et par assuré :	

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	+ Forfait par an et par assuré :	
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 1		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération	100%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	Jusqu'à 60 € par jour pendant 90 jours**
	Lit accompagnant	Jusqu'à 20 € par jour pendant 10 jours**
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire.	30 €
	Indemnisation maximum par an et par assuré :	
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	100%
	Forfait optique par an et par assuré :	
	. verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire,	100 €
	. lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'œil	
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique une année, pour l'année suivante, votre forfait sera porté à :	150 €
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	120%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	170%
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	800 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	100%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	100 €
	Orthopédie et autres prothèses	100%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire)	
	Forfait par an et par assuré :	50 €

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	+ Forfait par an et par assuré :	100 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.
Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 1+

HOSPITALISATION	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération	125%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	Jusqu'à 60 € par jour pendant 120 jours**
	Lit accompagnant	Jusqu'à 20 € par jour pendant 15 jours**
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	125%
SOINS COURANTS	Actes d'auxiliaires médicaux Transport du malade Hospitalisation à domicile	125%
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire. Indemnisation maximum par an et par assuré :	40 €
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	125%
	Forfait optique par an et par assuré : . verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'œil	125 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique une année, pour l'année suivante, votre forfait sera porté à :	175 €
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	125%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	140%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	190%
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	50 €
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	1 000 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	125%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	150 €
	Orthopédie et autres prothèses	125%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire) Forfait par an et par assuré :	65 €

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,....

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	125%
	+ Forfait par an et par assuré :	125 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 2		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération Forfait journalier hospitalier Chambre particulière* Lit accompagnant	150% Frais réels Jusqu'à 60 € par jour sans limite de durée ** Jusqu'à 20 € par jour pendant 20 jours**
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses Actes d'auxiliaires médicaux Transport du malade Hospitalisation à domicile	150%
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire. Indemnisation maximum par an et par assuré :	50 €
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	150%
	Forfait optique par an et par assuré : . verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'œil	150 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique une année, pour l'année suivante, votre forfait sera porté à :	200 €
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	150%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	160%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	210%
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	100 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	1 200 €
	Appareil auditif	150%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	200 €
	Orthopédie et autres prothèses	150%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire)	75 €
	Forfait par an et par assuré :	

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 60 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	150%
	+ Forfait par an et par assuré :	150 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE » ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA SENIOR

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie ou d'accident est précisé dans le tableau ci-dessous.

Le montant de notre remboursement est exprimé **dans le cadre du parcours de soins coordonnés**.

Formule Senior de Niveau 3		
Ns	En établissement conventionné	
	Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, transfusion sanguine, salle d'opération	200%
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière*	Jusqu'à 80 € par jour sans limite de durée **
	Lit accompagnant	Jusqu'à 20 € par jour pendant 25 jours**
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	200%
	Actes d'auxiliaires médicaux	
	Transport du malade	
	Hospitalisation à domicile	
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par le Régime Obligatoire.	60 €
	Indemnisation maximum par an et par assuré :	
OPTIQUE	Consultations, soins et rééducation	200%
	Forfait optique par an et par assuré :	
	. verres et montures acceptés par le Régime Obligatoire, . lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), . Chirurgie laser de l'œil	200 €
	Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique une année, pour l'année suivante, votre forfait sera porté à :	250 €
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	200%
	Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	200%
	Si vous n'avez pas eu de remboursement de prothèses dentaires une année, pour l'année suivante, votre taux de remboursement sera porté à :	250%
	Prothèses dentaires non remboursées (implantologie, parodontologie)**	150 €
	Plafond de remboursements dentaires par an et par assuré :	1 400 €
APPAREILLAGE AUDITIF ET AUTRES PROTHESES	Appareil auditif	200%
	+ Forfait appareil auditif par an et par assuré :	250 €
	Orthopédie et autres prothèses	200%
	Prothèse capillaire (remboursée par le Régime Obligatoire) Forfait par an et par assuré :	100 €

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 80 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

**Limite par année civile.

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire	200%
	+ Forfait par an et par assuré :	200 €
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	Inclus
ASSISTANCE	Assistance au quotidien	Incluse

Pack optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort forfait optique	Renfort prothèses dentaires	Renfort forfait auditif	Prothèses dentaires non remboursées (implants, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	+ 75 €		50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	+ 150 €	50 €/an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	+ 200 €	100 €/an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80 %	+ 250 €	150 €/an	200 €/an

Autres packs

	Garantie
CONFORT HOSPITALISATION	Pour faire face aux éventuels dépassements d'honoraires et frais supplémentaires de chambre particulière en cas d'hospitalisation de + de 1 jour.
ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser uniquement les médicaments les plus efficaces



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

**COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SOINS « NON RESPONSABLE »
ANNEXE DES GARANTIES
SANTHIA JEUNE**

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30699-0615.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous. Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Formule de base		
HOSPITALISATION	En établissement conventionné Frais de séjour, honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus)	100%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses	100%
	Actes d'auxiliaires médicaux	100%
	Appareils auditifs, orthopédie	60%
	Hospitalisation à domicile	100%
PHARMACIE	Médicaments avec vignettes blanches remboursés par le Régime Obligatoire à 65%	100%
	Médicaments (et homéopathie) avec vignettes bleues remboursés par le Régime Obligatoire à 30%	-
	Médicaments avec vignettes orange remboursés par le Régime Obligatoire à 15%	-
AUTRE	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	100%
	Consultations et soins dentaires	100%
	Prise en charge de tous les actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus

Les packs

Assistance hospitalière	Niveau éco
Indemnité versée à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale consécutive à une maladie ou du 1 ^{er} jour d'hospitalisation consécutive à un accident	8 €/jour

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

Confort santé		Niveau 1	Niveau 2
FRAIS DE SOINS	Chambre particulière	30 €/jour ⁽¹⁾	60 €/jour ⁽¹⁾
	Forfait annuel « bien-être » (par personne) : Pharmacie non remboursée (contraception, test de grossesse, préservatifs...), Consultation bien-être	30 € ⁽²⁾	60 € ⁽²⁾
	En l'absence de dépense au cours de l'année d'assurance précédente, ce forfait est porté à :	45 €	90 €
	Forfait annuel « optique/dentaire » (par personne) Optique (monture, verres ou lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale), Prothèses dentaires	30 €	60 €
	En l'absence de dépense au cours de l'année d'assurance précédente, ce forfait est porté à :	45 €	90 €
ASSISTANCE EN FRANCE	Informations médicale, recherche de personnel médical, livraison de médicaments	Inclus	
	Info Emploi	Inclus	
	Aide psychologique à domicile d'urgence	Inclus	
	Frais de secours sur pistes de ski	Inclus	
ASSISTANCE A L'ETRANGER	Orientations médicales et transports sanitaire, rapatriement, envoi de médicaments à l'étranger	Inclus	
	Aller/retour d'un proche , retour anticipé en cas de décès d'un proche	Inclus	
	Avance de frais d'hospitalisation, remboursement complémentaire de frais médicaux	Inclus	
	Poursuites judiciaires : avance de caution pénale et d'honoraires d'avocats	Inclus	
	Perte de documents et de bagages personnels	Inclus	
RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE	Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs	Jusqu'à 10 000 000 €	
	Franchise	100 €	
ASSUR'EXAM	Versement d'une indemnité jusqu'à 5000 € en cas de redoublement suite à l'un des événements suivants; en cas d'empêchement de se présenter à un examen :	Inclus	
	Hospitalisation du bénéficiaire de plus de 3 jours consécutifs sur les 30 jours précédant la date de l'examen Décès d'un proche dans les 15 jours précédant l'examen Accident d'un proche entraînant une hospitalisation de plus de 24 heures dans les 15 jours précédant l'examen	Inclus	

*La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

(1)

Le remboursement de la chambre particulière est limité à 30 jours par année civile (2) Le remboursement de la chambre particulière est limitée à 60 jours par année civile



AVIVA ASSURANCES

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92271 Bois-Colombes Cedex.
Entreprise régie par le code des assurances.
306 522 665 R.C.S. Nanterre.

ANNEXE DES GARANTIES AVIVA HOSPITALISATION

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n° 30598-0612.

Détail des garanties

		Amis Hospitalisation 1	Amis Hospitalisation 2
HOSPITALISATION en établissement conventionné	Frais de séjour, salle d'opération, Honoraires des chirurgiens, réanimateurs	150 %*	Frais réels (3)
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière (1)	50 €/ jour	150 €/ jour (4)
	Lit accompagnant (2)	20 €/ jour	20 €/ jour
	Consultations pré et post-opératoire	150 %*	300 % *(3)
	Frais de transport	100 %*	100 %*
HOSPITALISATION en établissement non conventionné	Frais de séjour, salle d'opération, Honoraires des chirurgiens, réanimateurs	150%*	150%*
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
SERVICES	Assistance au quotidien	Inclus	Inclus
	Décompte en ligne	Inclus	Inclus

* Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés et sauf clauses d'exclusions visées aux conditions générales.

Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire (RO), si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

(1) Le remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires...

(2) Limité à 10 jours par an

(3) Limité à 150%* au cours de la première année d'assurance

(4) Limité à 50€ au cours de la première année d'assurance

Pack Assistance Hospitalière

15 € par jour à compter du 1er jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale consécutive à une maladie ou à un accident (pendant 365 jours)

Pack Optique / Dentaire / Bien Etre

Forfait Optique (monture, verres, lentilles remboursées ou non par le RO)

100 €

Par an et par assuré

Forfait Dentaire (Prothèses remboursées ou non par le RO, orthodontie remboursée ou non par le RO, implants, parodontologie)

100 €

Par an et par assuré

Forfait Bien-être (Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le RO)

100 €

Par an et par Assuré