

NATURE DES PRESTATIONS	OPTION 100	OPTION 200	OPTION 300
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE Frais de séjour - actes chirurgicaux et d'anesthésie - actes chirurgicaux d'obstétrique Forfait hospitalier Chambre particulière jusqu'à (dans la limite des frais réels) : Lit accompagnant (d'un enfant de moins de 12 ans)	100 % Pris en charge 27€ /jour —	150 % Pris en charge 31€ /jour Frais réels	250 % Pris en charge 61€ /jour Frais réels
PHARMACIE (médicaments pris en charge par la Sécurité sociale) CARTE SANTE PHARMA (départements et régimes de Sécurité sociale pour lesquels cette carte est acceptée) VACCINS (pris en charge ou non par la Sécurité sociale)	100 % OUI Frais réels	100 % OUI Frais réels	100 % OUI Frais réels
PROTHESE DENTAIRE - remboursée - non remboursée (reconstitution du tarif de responsabilité) Plafond par année d'assurance et par assuré pour les prothèses dentaires : ORTHODONTIE ACCEPTEE Plafond par année d'assurance et par assuré pour l'orthodontie acceptée : SOINS DENTAIRES	100 % 100 % — 100 % — 100 %	200 % 200 % 763 € 150 % 763 € 150 %	300 % 300 % 1 068 € 250 % 1 068 € 250 %
OPTIQUE Verres, montures acceptées, lentilles acceptées ou refusées Taux de remboursement + participation par an et par assuré jusqu'à (dans la limite des frais réels) :	100 % + 65 €	200 % + 95 €	300 % + 160 €
FRAIS MEDICAUX Consultations, visites, auxiliaires médicaux, radiologie (actes d'imagerie - d'échographie actes techniques médicaux), orthopédie, analyses, acoustique	100 %	150 %	250 %
TRANSPORT EN AMBULANCE	100 %	150 %	250 %
FORFAIT NAISSANCE par enfant :	77 €	153 €	305 €
CURE THERMALE forfait par an :	77 €	153 €	305 €

• Taux exprimés en % de la base de remboursement Sécurité sociale et incluant les prestations versées par le régime de Sécurité sociale. Les garanties du présent contrat ne couvrent pas la participation mentionnée au paragraphe II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ; cette participation reste donc à la charge des assurés. Elles ne couvrent pas non plus les franchises médicales instaurées par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

• Pour les prestations ne figurant pas au tableau, AVIVA DIRECT intervient à 100 % pour l'option 100, à 150 % pour l'option 200, à 250 % pour l'option 300.

• **Ce contrat étant "responsable", les conséquences financières liées au non respect du parcours de soins coordonnés prévues aux articles L162-5-3 et L162-5,18° du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas prises en charge par le présent contrat et restent donc à la charge des assurés.**

ARTICLE 3-2 - Délais de carence

Les garanties de votre adhésion ainsi que celles prévues par avenant sont acquises :

- immédiatement pour les accidents,
- après un délai de carence de 3 mois à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour les maladies, l'hospitalisation non consécutive à un accident, les soins dentaires, l'optique. Les garanties sont toutefois acquises immédiatement pour les dépenses suivantes : pharmacie, consultations, visites, auxiliaires médicaux, radiologie, orthopédie, analyses, transport en ambulance. Ce délai est porté à 6 mois pour les cures thermales, 9 mois pour la maternité, 12 mois pour les prothèses dentaires et l'orthodontie.

Les délais de carence de trois, six, neuf et douze mois sont abrogés si l'assuré justifie d'un certificat de radiation datant de moins de trois mois et si la date d'adhésion suit immédiatement la date de radiation (dans ce cas il y a obligatoirement continuité de la garantie et les cotisations sont exigées à compter de la date de résiliation du précédent contrat).

Il n'y a pas de délais de carence pour les nouveau-nés si l'adhérent demande à les assurer dans les 90 jours suivant la naissance dans la mesure où les garanties sont acquises par l'adhérent (délais de carence arrivés à terme ou abrogés).

ARTICLE 3-3 - Risques exclus

Ne sont pas prises en charge les dépenses de santé résultant (à moins qu'elles ne soient prises en charge par le Régime de Sécurité sociale) :

- 1 - du fait intentionnel de l'assuré ;
- 2 - d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse ;
- 3 - de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;
- 4 - du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissement ou service pour maladie nerveuse, mentale ou psychiatrique ;
- 5 - directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

ARTICLE 3-4 - Limite territoriale

La garantie s'exerce en France métropolitaine, à Monaco et dans les Départements d'Outre Mer. Les frais médicaux résultant d'un accident ou d'une maladie à l'étranger seront pris en charge si le Régime de Sécurité sociale intervient. Le versement des prestations est effectué en euros.

ARTICLE 3-5 - Formalités de règlement des prestations

1 - Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces et justificatifs originaux suivants (voir tableau ci-après) :

- a) le décompte original des prestations en nature, établi par l'organisme gestionnaire du régime de Sécurité sociale,
- b) et, le cas échéant, toute pièce justificative des dépenses réelles : factures détaillées (établie sur papier à en-tête du praticien ou de l'établissement, revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom de l'assuré et du bénéficiaire), notes d'honoraires...

2 - En cas d'hospitalisation, médicale ou chirurgicale, une demande de prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier doit être adressée à AVIVA DIRECT.

3 - Le remboursement des frais est suspendu à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions prévues par l'adhésion.

4 - Le remboursement des frais est effectué dans le délai maximum de 48 heures - jours ouvrés, délais postaux et délais de virements interbancaires non compris - après réception des documents et pièces justificatives nécessaires au règlement (sauf cas exceptionnels ou demande de modification).

ARTICLE 3-6 - Délai de déclaration des sinistres

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de 24 mois à partir de la date d'envoi du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle l'assuré peut prétendre aux prestations d'AVIVA DIRECT.

Ce délai est également applicable pour le versement des forfaits.