

ASSURÉS

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



GUIDE PRATIQUE

AGIR CHAQUE JOUR DANS VOTRE INTÉRÊT
ET CELUI DE LA SOCIÉTÉ



BIENVENUE

Votre entreprise a souscrit un contrat de complémentaire santé auprès de PREDICA, filiale de CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES, afin de vous aider à gérer vos dépenses de santé au quotidien.

Ce guide a pour vocation de vous accompagner dans vos démarches.

Vous y trouverez toutes les informations relatives à vos garanties, aux modalités de vos remboursements et aux services mis à votre disposition.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1	DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	3
	COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ	3
CHAPITRE 2	L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE « MA SANTÉ »	4
CHAPITRE 3	NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN	5
CHAPITRE 4	NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS	7
CHAPITRE 5	NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTER LES DIFFICULTÉS	9
CHAPITRE 6	OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ	10
	VOS REMBOURSEMENTS LORSQUE LA SÉCURITÉ SOCIALE INTERVIENT	10
	LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR VOTRE REMBOURSEMENT	11
CHAPITRE 7	DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT	12
CHAPITRE 8	MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RADIATION DE VOTRE FAMILLE	13
	LEXIQUE	14
	CONTACTS	15

CHAPITRE 1

DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Comprendre les remboursements de vos frais de santé

Votre complémentaire santé a été conçue pour vous permettre de :



COMPLÉTER efficacement les remboursements de la Sécurité sociale.

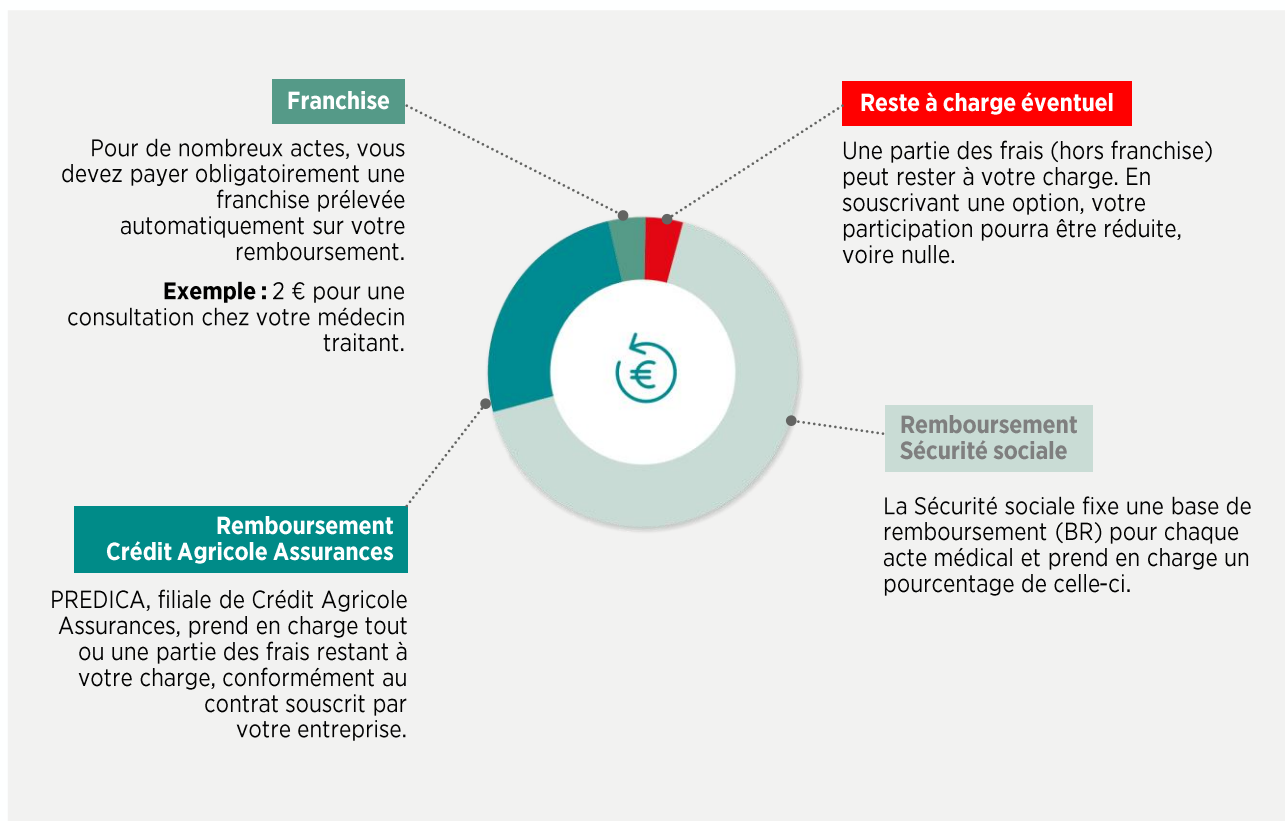


RÉDUIRE ou supprimer votre reste à charge.



REMBOURSER certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale.

Consultez votre Notice d'Information pour accéder à votre grille de garanties.



ET POUR ALLER PLUS LOIN : UN DÉLAI DE TRAITEMENT RÉDUIT SUR LES POSTES QUI COMPTENT !

Réduction du délai de traitement de vos remboursements :

- à 48 heures¹ pour les soins de médecine douce,
- à 72 heures¹ pour l'ensemble des soins suivants : prothèses dentaires, soins dentaires, optique, hospitalisation, maternité, cure.

Le ticket modérateur (TM) :

correspond à la part des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale.

(1) En jours ouvrés, après réception du flux Noémie et/ou de la facture acquittée, hors délais bancaires.

CHAPITRE 2

L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE « MA SANTÉ »

Votre allié santé au quotidien

L'application mobile et l'espace web vous permettent d'effectuer toutes vos démarches en quelques clics :



ÊTRE ACTEUR DE VOTRE SANTÉ AU QUOTIDIEN

- Accédez à votre carte de tiers payant
- Envoyez vos factures et justificatifs
- Suivez vos remboursements
- Gérez votre contrat et vos bénéficiaires
- Consultez vos garanties



DES SERVICES À PORTÉE DE MAIN

- Pour le quotidien
- Dans les moments qui comptent
- Pour affronter les instants difficiles



COMMENT FAIRE POUR ACCÉDER À MA SANTÉ ?

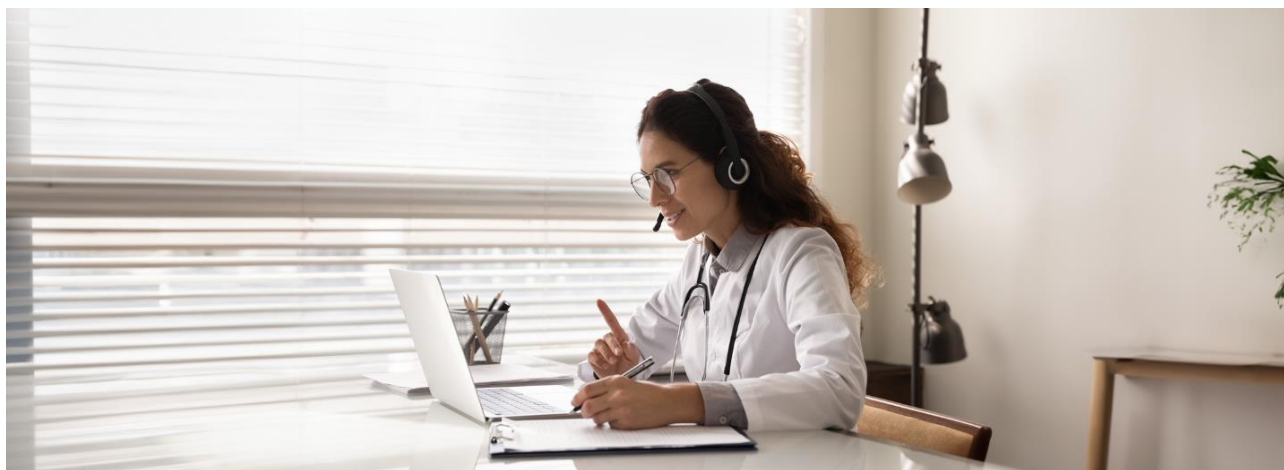
Si vous avez effectué votre adhésion en ligne : téléchargez l'application Ma Santé ou connectez-vous sur espace.ca-masante.fr, et accédez à votre espace avec votre numéro d'adhérent et mot de passe personnalisé.

Vous n'avez jamais créé votre profil : cliquez sur le bouton "Première connexion".

Vous avez oublié vos identifiants : cliquez sur "Identifiant ou mot de passe oublié ?"

CHAPITRE 3

NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN



Échanger avec un professionnel de santé à distance et à tout moment.

Accès à une consultation médicale réalisée avec un médecin généraliste¹, un dermatologue, un psychologue, un infirmier ou une sage-femme.



Consultation à distance accessible

- Par téléphone
- Par visioconférence
- Par chat



Immédiatement ou sur rendez-vous

- Accessible en illimité
- 24h/24, 7j/7



Sans aucune avance de frais



Basés en France
Diplômés d'État et
enregistrés à l'Ordre
des médecins



Dans le respect du
secret médical
(service confidentiel)

(1) Certains motifs de consultation sont exclus (troubles psychiatriques, demandes de certificats médicaux, arrêts de travail, etc.).

CHAPITRE 3

NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN (SUITE)



Des conseils santé personnalisés

Accédez à des conseils prévention en lien avec l'âge et selon les recommandations de santé publique (vaccins obligatoires / conseillés, dépistages, consultations et examens à réaliser).

Soins à domicile, prenez rendez-vous simplement avec un professionnel de santé

A la suite de votre consultation avec un généraliste, faites directement votre demande depuis Ma Santé, vous serez recontacté(e) par un professionnel de santé (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme) pour prendre rendez-vous.

Des professionnels de santé proche de chez vous

Nos partenaires vous permettent de bénéficier de tarifs préférentiels sur de nombreux soins, assurent la traçabilité et la qualité des équipements. Géolocalisez les partenaires directement sur Ma Santé.

Carte
blanche
partenaires



PAS D'AVANCE
DE FRAIS



UN PRATICIEN PARTENAIRE
PRÈS DE VOTRE DOMICILE



DES TARIFS
PRÉFÉRENTIELS

LES + DU RÉSEAU OPTIQUE

- Une monture et des verres de qualité sans reste à charge avec « l'offre Prysme »
- Des verres mondialement reconnus (Nikon, SEIKO, Carl Zeiss Vision)
- Des tarifs préférentiels sur les montures, verres et lentilles

LES + DU RÉSEAU DENTAIRE

- Des tarifs encadrés
- Une qualité des soins garantie (collaboration avec l'UFSBD)
- La traçabilité des prothèses

LES + DU RÉSEAU AUDIOPROTHÈSE

- Un suivi personnalisé tout au long de la démarche d'appareillage
- Prêt d'appareil pendant la période d'adaptation et en cas de panne
- Garantie Panne 4 ans

CHAPITRE 4

NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS

Un conseiller vous accompagne tout au long de votre hospitalisation



Vous rassurer

Nous vous confirmons votre demande de prise en charge en vue de l'hospitalisation.



Vous accompagner

Nous vous précisons le remboursement auquel vous avez droit ainsi que les différentes démarches à effectuer.



Vous assister

Nous vous informons des services d'assistance en vous donnant les contacts pour en bénéficier.

Une assistance selon votre situation

Crédit Agricole Assurances vous accompagne selon votre situation, découvrez les différents cas possibles et les aides attribuées. ⁽¹⁾

Vous êtes hospitalisé(e) en ambulatoire et devez rester immobilisé au moins 5 jours.

Vous êtes hospitalisé(e) d'au moins 24 heures et devez rester immobilisé au moins 5 jours



Accompagnement et transport des enfants

Transports des enfants chez un proche, à l'école ou pour leurs activités extra-scolaires. Aide aux devoirs ou aide pédagogique de l'enfant en situation d'affection longue durée.



Transport, hébergement et services de livraison

Transport de l'assuré et d'un proche à l'hôpital, hébergement pour le proche. Transport retour de l'assuré à son domicile. Livraison de courses, médicaments et matériel médical.



Aide ménagère

Travaux ménagers (ménage, repassage, courses et préparation des repas). Aide à la toilette et habillement par une auxiliaire de vie.



Assistance aux ascendants

Accompagnement des ascendants dépendants à charge par une auxiliaire de vie (acte de la vie quotidienne).



Accompagnement des animaux de compagnie

Garde en pension complète chez un professionnel ou transfert chez un proche.

Vous souffrez d'une Affection Longue Durée ?

Recevez une assistance renforcée lors de votre hospitalisation

Après une évaluation de votre situation personnelle et des besoins identifiés, des prestations personnalisées pour faciliter votre quotidien vous seront conseillées et proposées.

(1) Selon les conditions prévues par votre contrat.

CHAPITRE 4

NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS (SUITE)

Deuxième avis, en amont d'une décision médicale importante

Vous vous posez des questions en amont d'une décision médicale importante ? Dois-je me faire opérer ? Le traitement proposé est-il le plus adapté ?

Le service deuxième avis médical vous permet d'obtenir un avis hautement spécialisé auprès d'un médecin expert.

+ de **350** experts de santé

+ de **750** maladies couvertes



POUR DES MALADIES
GRAVES OU RARES



PAR DES SPÉCIALISTES DE
RÉFÉRENCE DANS LA
PATHOLOGIE



À DISTANCE ET DE
MANIÈRE SÉCURISÉE VIA
L'APPLICATION MA SANTÉ

Un parcours simple, pour vous concentrer sur l'essentiel

- **1.** Rendez-vous sur votre espace sécurisé **Ma Santé**, cliquez sur Ma Sphère médicale dédiée et retrouvez le service 2^{ème} avis médical
- **2.** Indiquez votre pathologie et choisissez parmi les médecins experts référencés
- **3.** Complétez un questionnaire personnalisé et transmettez votre dossier médical de manière sécurisée
- **4.** Obtenez un avis sous forme de compte rendu signé en moins de 7 jours



CHAPITRE 5

NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTER LES DIFFICULTÉS

Un accompagnement complet en cas de décès

Pour vous apporter une aide personnalisée en cas de décès (salariés, conjoints, enfants), dans les démarches ainsi que dans « l'après ».



Dans l'organisation des obsèques

- Accompagnement dans la relation avec les pompes funèbres



Dans les démarches administratives

- Recensement de l'ensemble des démarches à effectuer



Dans l'accompagnement « après »

- Espace de partage numérique et sécurisé
- Conseillers à l'écoute et disponibles

Aide aux aidants, un soutien pour un quotidien plus serein

Vous vous occupez d'un proche dépendant ? Avec Crédit Agricole Assurances, vous n'êtes pas seul. Nous sommes à vos côtés pour vous épauler.



Orientation

- Bilan situationnel par un assistant social
- Conseil social pour répondre aux questions sur le statut, les droits et démarches de l'aidant



Prévention

- Coaching préventif pour préserver la santé de l'aidant
- Formation par un auxiliaire de vie



Prise en charge

- Aide à la recherche d'un établissement spécialisé
- Soutien psychologique

CHAPITRE 6

OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ

Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'être dispensé(e) de l'avance des frais de santé. Il peut être partiel : dans ce cas, vous ne réglez que le ticket modérateur (la part non prise en charge par la Sécurité sociale), ou total : vous n'avez rien à avancer pour vos soins.

La télétransmission NOEMIE

Qu'est-ce que la télétransmission ?



C'est un échange de flux informatiques entre la Sécurité sociale et votre complémentaire Santé. Cela permet notamment de transmettre vos décomptes santé de la Sécurité sociale vers votre complémentaire Santé sans échange de papier.

Comment savoir si la télétransmission est active ?

Pour savoir si la télétransmission est active entre la Sécurité sociale et votre complémentaire Santé, il suffit de regarder sur l'un de vos décomptes santé de la Sécurité sociale s'il est bien mentionné « Ce décompte a été transmis à votre Complémentaire Santé ». Si la télétransmission ne fonctionne pas et que vous souhaitez la mettre en place, n'hésitez pas à contacter votre Centre de Gestion.

Vos remboursements lorsque la Sécurité sociale intervient

Exemple pour une consultation d'un généraliste de 30€ qui prend la Carte Vitale¹

	 Télétransmission NOEMIE	 Documents à transmettre au Centre de Gestion pour obtenir le remboursement
1 Pas de tiers payant Vous avez payé 30€	→ Active	→ Aucune démarche à faire. Remboursement automatique
	→ Non active	→ Décompte Sécurité sociale
2 Tiers payant partiel Vous avez payé le TM ² , soit 9€	→ Active	→ Facture acquittée
	→ Non active	→ Facture acquittée + décompte Sécurité sociale
3 Tiers payant total Vous n'avez rien payé	→	Aucune démarche à faire

BON À SAVOIR !

Avec la télétransmission, le tiers payant total vous évite toute démarche administrative.

Renseignez vous auprès de votre professionnel de santé pour connaître ses modalités de tiers payant.

DANS LE CAS D'UN TIERS PAYANT PARTIEL






Utilisez l'application **Ma Santé** pour réaliser votre demande de remboursement et téléchargez la photo de votre facture.

(1) Dans le cas où le professionnel de santé ne prend pas la Carte Vitale, une feuille de soins est à adresser systématiquement à la Sécurité sociale, puis la complémentaire santé intervient automatiquement si la télétransmission est active. (2) TM : Ticket Modérateur, sur la base d'un remboursement de la Sécurité sociale à hauteur de 70%

CHAPITRE 6

OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

Liste des pièces justificatives à fournir dans le cas d'un tiers payant partiel

	PIÈCES JUSTIFICATIVES		MODE D'EMPLOI	
	Avec télétransmission (Si tiers payant partiel)	Sans télétransmission	Ma Santé	Courrier
 HOSPITALISATION				
Séjours Hospitaliers	Bordereau de facturation acquitté ou Avis des sommes à payer	Bordereau de facturation acquitté ou Avis des sommes à payer + Quittance de règlement + Décompte de la Sécurité sociale	✓	✓
 SOINS MEDICAUX COURANTS				
Consultations et Médicaments remboursés	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale	✓	✓
Laboratoire et radiologie	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	✓	✓
Frais de transport	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	✓	✓
Médicaments non remboursés	-	Ordonnance du médecin* + Facture acquittée*	✓	✓
 OPTIQUE				
Verres et monture	Facture acquittée* + Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée* + Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)	✓	✓
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	✓	✓
Lentilles de contact correctrices, non remboursées par la Sécurité sociale	-	Copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste de moins de 3 ans + Facture originale acquittée	✓	✓
Chirurgie réfractive	-	Facture originale acquittée	✗	✓
 DENTAIRE				
Soins dentaires	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	✓	✓
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	✓	✓
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	✓	✓
Implants	-	Facture originale acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués et le numéro des dents + Devis	✓	✓
 AUTRES SOINS				
Matériel médical	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	✓	✓
Cures thermales	Facture acquittée de l'établissement thermal + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)	Facture acquittée de l'établissement thermal + Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)	✗	✓
Médecine douce	-	Facture acquittée	✓	✓

(*) Si tiers payant sur la part de l'Assurance Maladie Obligatoire

BON À SAVOIR

Pour les soins, pensez à demander des devis auprès des professionnels de santé et à les transmettre à votre Centre de Gestion via l'application Ma Santé ou via votre espace web espace.ca-masante.fr (rubrique « envoyer un devis ») afin de connaître le montant du remboursement.

Le Centre de Gestion se réserve le droit de demander les documents originaux.

CHAPITRE 7

DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT



BON À SAVOIR

Si vous le souhaitez, vous pouvez faire adhérer votre conjoint et vos enfants au contrat complémentaire santé .

Le conjoint

Est considéré comme bénéficiaire¹ :



LE CONJOINT MARIÉ



LE PARTENAIRE DE PACS



LE CONCUBIN

Les enfants

Les enfants répondant aux définitions suivantes peuvent être rattachés à la complémentaire Santé :



Les enfants de moins de 25 ans, rattachés au foyer fiscal de l'assuré, de son conjoint ou de son partenaire de PACS ou de son concubin.



Cette limite d'âge est prolongée jusqu'à 28 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études

Sont assimilés à des étudiants les enfants qui poursuivent leurs études dans le cadre d'un contrat en alternance et bénéficient de revenus inférieurs à 55% du SMIC.



Quel que soit leur âge, les enfants de l'assuré et ceux du conjoint, ou partenaire de PACS ou de son concubin, **s'ils perçoivent une des allocations pour adultes en situation de handicap**, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

(1) Retrouvez les dispositions complètes au sein de votre Notice d'Information.

CHAPITRE 8

MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RADIATION DE VOS AYANTS DROIT

Comment ajouter ou radier un ayant droit ?

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ AJOUTER UN AYANT DROIT...			
▶ Lors de votre adhésion au régime obligatoire	Au moment de l'adhésion	À la date d'entrée sur le régime obligatoire	Sur le portail de primo-adhésion ou sur le bordereau qui vous a été transmis par votre employeur
▶ À la suite de votre adhésion au régime obligatoire	Dans les 3 mois qui suivent votre adhésion	Le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande	Demande à compléter selon les cas :
▶ À la suite d'un évènement (mariage, naissance, divorce, autres) cf. Notice d'information	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	- Attestation Carte Vitale du/des bénéficiaire(s) ; - Certificat de naissance ; - Certificat de mariage ; - Attestation de concubinage /PACS ; - Mandat SEPA complété et signé ; - Certificat de divorce. ... cf. Notice d'information
▶ Au cours de la vie de votre contrat (après 3 mois d'adhésion)	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1 ^{er} janvier de l'année suivante	
VOUS SOUHAITEZ RADIER UN AYANT DROIT...			
▶ À la suite d'un évènement (divorce, décès, autres) cf. Notice d'information	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	Par simple demande écrite auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants Et à compléter (selon les cas) : - Certificat de décès ; - Certificat de divorce ...

(1) Retrouvez les dispositions complètes au sein de votre Notice d'Information.

Comment signaler votre changement de situation personnelle ?

Ajout ou radiation d'un ayant droit, changement d'adresse, etc.



Grâce à votre application mobile **Ma Santé**

OU



Grâce à votre espace web, en vous connectant sur **espace.ca-masante.fr**

Lexique

Ayant droit

Personne qui bénéficie de votre assurance maladie obligatoire / complémentaire en raison des liens qu'elle a avec vous. Elle peut par exemple être votre conjoint ou votre enfant.

Base de remboursement

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

Sécurité sociale

Régime obligatoire d'assurance maladie auquel vous ou vos ayants droit êtes rattachés.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) assure vos remboursements de premier niveau concernant la maladie, la maternité, le décès, les accidents du travail et l'invalidité. Si vous relevez du Régime Agricole, c'est la MSA qui assure ce rôle.

Franchise hospitalière

Ticket modérateur équivalent à 20% du tarif hospitalier pour les actes inférieurs à 120€.

Au-delà, l'assuré participe à hauteur de 24€.

NOEMIE

Norme informatique (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). NOEMIE accélère les échanges de données avec les caisses de Sécurité sociale grâce à la dématérialisation et vous permet notamment d'être remboursé par Crédit Agricole Assurances sans avoir à envoyer vos décomptes papiers de remboursement du Régime Obligatoire.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

C'est la valeur de référence permettant de calculer de nombreuses prestations sociales (indemnités journalières, maladie ou maternité, pension vieillesse, pension d'invalidité).

Ce PMSS sert au calcul de certaines prestations forfaitaires.

Cette valeur est fixée par arrêté et varie tous les ans.

Vous pouvez la retrouver sur le site de la Sécurité sociale :

<https://www.ameli.fr/paris/entreprise/vos-salaries/montants-referance/plafond-securite-sociale>

Praticien secteur 1

Les praticiens qui exercent en secteur 1 sont conventionnés : ils se sont engagés à appliquer des tarifs officiels, fixés dans le cadre d'une convention avec l'Assurance maladie. On parle de praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires.

Praticien secteur 2

Les praticiens qui exercent en secteur 2 fixent eux-mêmes leurs tarifs : ils sont conventionnés à honoraires libres.

L'Assurance maladie rembourse le prix de la consultation sur la base du tarif du secteur 1. On parle de praticiens pratiquant des dépassements d'honoraires.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...) ou selon que vous soyez atteint d'une affection longue durée.

Tiers payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance des frais de santé auprès des professionnels de santé.

Ces derniers sont payés directement par la Sécurité sociale et Crédit Agricole Assurances pour les soins ou produits qui ont été délivrés.

Frais Réels (FR)

Montant total des actes et prestations facturés.

Vos contacts Crédit Agricole Assurances



Par courrier

CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX



Via votre application Ma Santé



Via votre Espace Assuré en ligne espace.ca-masante.fr



Par téléphone

02 37 91 53 19
DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 à 18h
(numéro non surtaxé, prix d'un appel local)



Via votre nouvelle plateforme vidéo.

Découvrez des [tutoriels](#) pour vous accompagner

**AGIR CHAQUE JOUR DANS VOTRE INTÉRÊT
ET CELUI DE LA SOCIÉTÉ**



Janvier 2025.

Contrat assuré par PREDICA - Filiale de Crédit Agricole Assurances. Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934 935 €. Siège social : 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris. Les services d'assistance sont assurés par : EUROP ASSISTANCE - S.A. société anonyme au capital de 48 123 637 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

Crédit photo : Istock.