

Votre complémentaire santé
Guide pratique

 CRÉDIT
AGRICOLE S.A.

 CRÉDIT AGRICOLE
ASSURANCES

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 ZOOM SUR LES SERVICES SANTÉ PRATIQUES	5
CHAPITRE 4 OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ	7
▪ Mes remboursements lorsque la MSA intervient	7
▪ Liste des pièces justificatives à fournir pour votre remboursement	8
CHAPITRE 5 DÉFINITION DE MES AYANTS DROIT	9
CHAPITRE 6 MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RADIATION DE MA FAMILLE	10
LEXIQUE	11
CONTACTS	12
ANNEXES	13
▪ Les garanties de votre complémentaire santé	13



ASSURÉ

CHAPITRE 1

Découvrez votre complémentaire santé

COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ

La complémentaire santé de Crédit Agricole Assurances a été conçue pour vous permettre de :



Compléter efficacement les remboursements de la MSA afin de réduire voire de supprimer votre reste à charge.



Renforcer certaines de vos garanties grâce à la souscription d'une option.



Rembourser certaines prestations non prises en charge par la MSA.



Consultez votre notice d'informations pour accéder à votre grille de garanties.

Franchise

Pour de nombreux actes, vous devez payer obligatoirement une franchise.

Exemple : 1 € pour une consultation chez votre médecin traitant.

Reste à charge éventuel

Une partie des frais outre la franchise peut rester à votre charge.

En souscrivant une option, votre participation pourra être réduite, voire nulle.

Remboursement Crédit Agricole Assurances

Crédit Agricole Assurances prend en charge tout ou partie des frais restant à votre charge conformément au contrat souscrit par votre entreprise.

Remboursement MSA

La MSA fixe une base de remboursement (BR) pour chaque acte médical et prend en charge un pourcentage de celle-ci.

Exemple : 70% de la base de remboursement sur des consultations d'un médecin généraliste.



BON À SAVOIR

Retrouvez l'ensemble des définitions utiles dans le lexique disponible à la fin de ce guide.



ASSURÉ

CHAPITRE 2

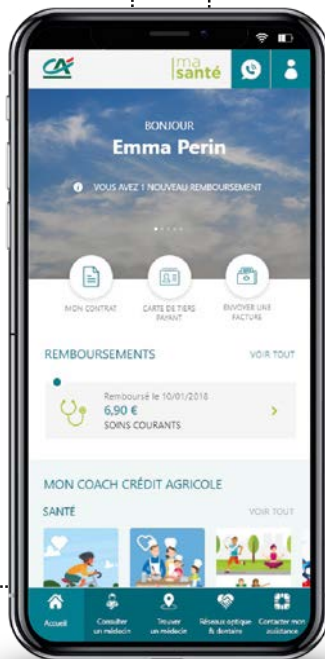
L'application Crédit Agricole « Ma Santé »

PRENDRE SA SANTÉ EN MAIN C'EST FACILE AVEC « MA SANTÉ »

UNE SEULE APPLICATION POUR TOUT !

▶ MON LIEN DIRECT AVEC MON CONTRAT DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

- Accéder à mes remboursements
- Demande de prise en charge
- Accéder à ma carte de Tiers Payant
- Simuler mon reste à charge
- Souscrire une option
- Envoyer une facture
- Suivre en temps réel l'avancement de mes demandes



▶ MES SERVICES SANTÉ PRATIQUES

- Accéder au réseau de soins Carte Blanche : optique, audioprothèse et dentaire
- Géolocaliser un professionnel de santé
- Accéder aux services d'assistance* :
 - échanger avec un médecin à distance par téléphone ou visio-conférence 7j/7 24h/24*
 - un accompagnement avant et après une hospitalisation*



▶ MES ACTUALITÉS SANTÉ AU QUOTIDIEN

- Accéder à **Santé Magazine**,
- Des actualités pour trouver l'information santé et bien-être qui me concerne.



▶ MON COACHING BIEN-ÊTRE PERSONNALISÉ

- Accéder aux programmes bien-être, des conseils utiles sur 5 thématiques clés : stress, nutrition, sommeil, dépollution de l'habitat et des thématiques de saison.

*Services Mondial Assistance inclus dans votre contrat de santé Crédit Agricole Assurances.



▶ Comment faire pour accéder à Ma Santé ?



Si vous avez effectué votre adhésion en ligne, **TÉLÉCHARGEZ L'APPLICATION « Ma Santé »** ou connectez-vous sur **ca-masante.fr**, et accédez à votre espace avec vos identifiants et mot de passe personnalisés.

Sinon, cliquez sur « **Inscription** » et complétez le formulaire pour générer vos codes d'accès.



CHAPITRE 3

Zoom sur les services santé pratiques

UN ACCÈS AU RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

Le réseau de soins Carte blanche, c'est :



1er réseau de France
en optique



Un praticien partenaire
près de votre domicile



Des tarifs
préférentiels



Un tiers payant
garanti



LES + DU RÉSEAU OPTIQUE

- Un équipement de qualité à zéro reste à charge « offre Prysme »
- Des verres mondialement reconnus (Nikon, SEIKO, Carl Zeiss Vision)
- Garantie casse des verres et monture de minimum 2 ans (franchise limitée à 40%)
- Second équipement à 1€



LES + DU RÉSEAU DENTAIRE

- Des tarifs encadrés
- Une qualité des soins garantie (collaboration avec l'UFSBD)
- Prévention de la santé bucco-dentaire



LES + DU RÉSEAU AUDIOPROTHÈSE

- Un suivi personnalisé tout au long de la démarche d'appareillage
- Prêt d'appareil pendant la période d'adaptation
- Garantie Panne 4 ans
- Facilité de paiement

LES SERVICES D'ASSISTANCE

Des **garanties d'assistance pour vous aider partout et à tout moment** (accessibles 24h/24 et 7j/7) depuis votre application **Ma Santé**



Vous êtes malade ou blessé chez vous ou à proximité de votre domicile (à moins de 50 km)

Exemple de prestations : aide à la recherche d'une infirmière, livraison de médicaments à domicile...



Vous êtes hospitalisé de manière imprévue pour une durée de plus de 24 heures ou programmée pour plus de 5 jours consécutifs

Exemple de prestations : transfert vers l'hôpital et retour à domicile, aide-ménagère à domicile...

Un accompagnement en cas d'affection de longue durée

Une enveloppe de services à domicile et de transport pour répondre au mieux à chaque situation

Une aide pédagogique pour un enfant assuré souffrant d'une Affection de Longue Durée

Un accompagnement à la réinsertion professionnelle



CHAPITRE 3

Zoom sur les services santé pratiques

ECHANGER AVEC UN MÉDECIN À DISTANCE, PARTOUT, À TOUT MOMENT

En cas d'indisponibilité de votre médecin traitant, échanger avec un médecin à distance* pour obtenir un avis médical **7j/7 et 24h/24** par téléphone au **09 69 32 84 18** (numéro non surtaxé) ou en visioconférence depuis votre application **Ma Santé**

► Comment ça marche ?



1 J'appelle le numéro dédié **OU** je me connecte sur **Ma Santé** pour accéder à la visioconférence



2 J'échange avec un infirmier qui me **conseille et prépare ma consultation**



3 Je consulte un médecin qui établit un **diagnostic**, me propose des **solutions adaptées** et peut délivrer si besoin une **ordonnance** et **m'orienter**.

MIEUX VOUS PRÉPARER À L'HOSPITALISATION POUR MIEUX VOUS RÉTABLIR

HOSPIZen

Une solution innovante d'**accompagnement AVANT, PENDANT et APRÈS l'hospitalisation** pour vivre votre séjour hospitalier plus sereinement.

► Comment ça marche ?

Avant

1. Je me connecte sur l'application **Ma Santé** ou sur **ca-masante.fr** pour accéder à mon programme personnalisé
2. Je consulte les services d'assistance inclus dans mon contrat
3. Je prépare mon hospitalisation : je peux échanger à tout moment avec un professionnel de santé

Pendant

1. Je reçois un SMS pour rappeler/confirmer ma date de sortie.
2. L'équipe HospiZen met en œuvre des services personnalisés pour moi et mes proches pour préparer ma sortie.

Après

Je suis contacté par les services Mondial Assistance pour finaliser l'organisation de mes prestations.



BON À SAVOIR Je présélectionne les prestations d'assistance dont je souhaite bénéficier, jusqu'à 15 jours maximum après ma sortie de l'hôpital.

*Dans la limite de 10 consultations par an et par bénéficiaire. La consultation d'un médecin à distance n'est possible que si le médecin traitant n'est pas disponible. Certains motifs de consultation sont exclus (troubles psychiatriques, demandes de certificats médicaux, etc.)



ASSURÉ

CHAPITRE 4

Obtenir les remboursements de vos frais de santé

▶ Qu'est-ce que la télétransmission NOEMIE ?

La télétransmission NOEMIE est un échange de flux informatiques entre la MSA et votre complémentaire santé. Cela permet notamment de transmettre vos décomptes santé de la MSA vers votre complémentaire santé sans échange de papier.

▶ Comment savoir si la télétransmission est active ?

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

▶ Qu'est-ce que le Tiers Payant ?

Le tiers payant vous permet d'être dispensé 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 MSA), ou total : vous n'avez rien à avancer pour vos soins.

MES REMBOURSEMENTS LORSQUE LA MSA INTERVIENT

Exemple pour une consultation d'un généraliste de 25€ qui prend la Carte Vitale ⁽¹⁾

	Télétransmission NOEMIE	Documents à transmettre au Centre de gestion pour obtenir le remboursement
1 Pas de Tiers Payant J'ai payé 25€	Active	Aucune démarche à faire. Remboursement automatique
	Non active	Décompte MSA
2 Tiers Payant Partiel J'ai payé le TM ⁽²⁾ , soit 7,50€	Active	Facture acquittée
	Non active	Facture acquittée + décompte MSA
3 Tiers Payant Total Je n'ai rien payé	Aucune démarche à faire	

⁽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 MSA, puis la complémentaire santé intervient automatiquement si la télétransmission est active. ⁽²⁾ TM : Ticket Modérateur



Pour accélérer le traitement de vos demandes de remboursement :
utilisez l'application Crédit Agricole « Ma Santé » et chargez la photo du justificatif pris avec votre smartphone.



BON À SAVOIR

Lorsque la MSA n'intervient pas, envoyez votre facture à votre centre de gestion.

Dans certains cas, un justificatif supplémentaire peut être demandé. Vous en trouverez le détail en page suivante.



ASSURÉ

CHAPITRE 4 - Liste des pièces justificatives à fournir pour votre remboursement

	PIÈCES JUSTIFICATIVES		MODE D'ENVOI	
	Avec télétransmission	Sans Télétransmission	Ma Santé	Courrier
HOSPITALISATION				
Séjours Hospitalier	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 MSA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SOINS MEDICAUX COURANTS				
Consultations et Médicaments remboursés	Facture acquittée *	Décompte de la MSA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Laboratoire et radiologie	Facture acquittée *	Décompte de la MSA + Facture acquittée *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frais de transport	Facture acquittée *	Décompte de la MSA + Facture acquittée *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Médicaments non remboursés	-	Facture originale acquittée + ordonnance du médecin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OPTIQUE				
Verres et monture	Facture acquittée* + Copie des prescriptions médicales (<i>en cas de changement de correction</i>)	Décompte de la MSA + Facture acquittée* + Copie des prescriptions médicales (<i>en cas de changement de correction</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lentilles prises en charge par la MSA	Facture acquittée *	Décompte de la MSA + Facture acquittée *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lentilles de contact correctrices, non remboursées par la MSA	-	Copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste de moins de 3 ans + Facture originale acquittée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Chirurgie réfractive	-	Facture originale acquittée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DENTAIRE				
Soins dentaires	Facture acquittée *	Décompte de la MSA + Facture acquittée *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prothèses dentaires remboursées ou non par la MSA	Facture acquittée *	Décompte de la MSA + Facture acquittée *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Orthodontie prise en charge par la MSA	Facture acquittée *	Décompte de la MSA + Facture acquittée*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Implants	-	Facture originale acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués et le numéro des dents.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AUTRES SOINS				
Matériel médical	Facture acquittée *	Décompte de la MSA + Facture acquittée *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 MSA + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Médecine douce	-	Facture acquittée *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

*Si Tiers Payant sur la part de l'Assurance Maladie Obligatoire



NB Pour les soins dont les coûts sont importants, pensez à demander des devis auprès des professionnels de santé et à les transmettre à votre centre de gestion via l'espace en ligne ou l'application (rubrique « envoyer un devis ») afin de connaître le remboursement.

Le centre de gestion se réserve le droit de demander les documents originaux.



CHAPITRE 5

Définition de mes ayants droit



BON À SAVOIR

Si vous le souhaitez, vous pouvez faire adhérer votre conjoint et vos enfants au régime Frais de santé.
L'adhésion de votre conjoint est facultative, elle est donc intégralement à votre charge.

LE CONJOINT

Sont considérés comme conjoint du salarié :



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 du salarié, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou concubin.

Les enfants au titre duquel le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu et qui est par ailleurs rattaché au foyer fiscal du salarié.



Cette limite d'âge est prorogée :

- **jusqu'à 28 ans** pour les enfants non salariés, non imposables, et s'ils justifient de la **poursuite d'étude** secondaire ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.
- **jusqu'à 26 ans** pour les enfants rattachés au foyer fiscal du salarié, de son conjoint si l'enfant :
 - Recherche un premier emploi et est inscrit à ce titre au Pôle emploi,
 - S'il exerce une activité rémunérée lui procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel.



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 handicapés** (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.



CHAPITRE 6 - Modalités d'adhésion ou de radiation de ma famille

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
JE SOUHAITE AJOUTER UN AYANT DROIT*...			
<i>...lors de mon adhésion au régime obligatoire</i>	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 entreprise Attestation Carte Vitale du/des bénéficiaire(s) Et à compléter (selon les cas) : <ul style="list-style-type: none"> ■ Certificat de naissance ■ Certificat de mariage ■ Attestation de concubinage / PACS ■ ... <i>cf. Notice d'informations</i>
<i>...à la suite d'un évènement (mariage, naissance, autres) cf. Notice d'informations</i>	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (<i>effet rétroactif</i>) ou le 1 ^{er} jour du mois qui suit	
<i>...au cours de la vie de mon contrat</i>	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1 ^{er} janvier de l'année suivante	

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
JE SOUHAITE SUPPRIMER UN AYANT DROIT*...			
<i>.....à la suite d'un évènement : divorce, décès, autres cf. Notice d'informations</i>	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (<i>effet rétroactif</i>)	Par simple demande écrite auprès du Centre de gestion en rappelant mes identifiants Et à compléter (selon les cas) : <ul style="list-style-type: none"> ■ Certificat de décès ■ Certificat de divorce ■ ...
<i>...au cours de la vie de mon contrat</i>	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1 ^{er} janvier de l'année suivante	

COMMENT DEMANDER LA MODIFICATION DE MON ADHÉSION ?

(ajout d'un ayant-droit, suppression, changement d'adresse, etc.)



Grâce à votre appli mobile
« **Ma Santé** »



ou grâce à votre espace web,
en vous connectant sur **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 MSA pour déterminer le montant de vos remboursements de frais de santé.
▪ MSA	Régime obligatoire d'assurance maladie auquel vous ou vos ayants droit êtes rattachés. La MSA 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 Général, c'est la CPAM qui assure ce rôle.
▪ Établissement conventionné	Etablissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme MSA.
▪ Forfait journalier hospitalier	Somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté. Il permet de participer aux frais de fonctionnement de l'établissement hospitalier.
▪ 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 MSA 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 SS (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-reference/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 dépassement d'honoraire.
▪ 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 MSA (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 MSA et Crédit Agricole Assurances pour les soins ou produits qui ont été délivrés.

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 ca-masante.fr



Par téléphone

02 37 91 53 19
DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 À 18H00
(numéro non surtaxé, prix d'un appel local)

Document non contractuel. Octobre 2019

Contrat assuré par Predica – Compagnie d'assurances de personnes, 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 : 50-56 rue de la procession 75015 Paris. A compter du 1^{er} mai 2020, le siège social est transféré au 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 Paris. 334 028 123 RCS Paris
Composition : Art'6 – Crédit photo : Istock.



ASSURÉ

GUIDE SALAIRE : ANNEXE 1

VOTRE CONTRAT DE SANTÉ COLLECTIVE

Votre entreprise a négocié un contrat collectif santé chez Crédit Agricole Assurances. En plus de votre adhésion à la complémentaire santé, vous pouvez en faire bénéficier vos enfants et votre conjoint en tant qu'ayants droit.

L'adhésion de votre conjoint est facultative, elle est donc intégralement à votre charge.

GARANTIES

Les garanties sont en complément du remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE, PSYCHIATRIE ET HOSPITALISATION À DOMICILE

Garanties	Assiette	Base	Surcomplémentaire hospitalisation Groupe
Forfait journalier hospitalier Sans limitation de durée dans les établissements hospitaliers	FR / Jour	100%	
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins (consultations et actes techniques)			
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	500%	
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%	+280%BR
Prestations hospitalières			
Frais de séjour établissements conventionnés	BR / Acte	100% FR limité à 500%	
Frais de séjour établissements non conventionnés	BR / Acte	90% FR limité à 500%	
Franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120€)	FR / Acte	100%	
Chambre particulière (sans limitation, sauf en psychiatrie : 60 jours / année civile et SSR et centre de convalescence : 90 jours / année civile)	Forfait % PMSS / Jour	3%	
Frais d'accompagnement (y compris lit) (limité à 60 jours - enfant -16 ans et ascendant +70 ans)	Forfait % PMSS / Jour	1,5%	

SOINS COURANTS

Garanties	Assiette	Base	Surcomplémentaire spécialiste
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)			
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	200%	
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%	
Honoraires pour les médecins spécialistes (consultations, visites et soins)			
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	200%	
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%	+70%
Honoraires pour des actes de radiologie			
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	150%	
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%	
Honoraires pour des actes techniques médicaux			
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	150%	
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%	
Médicaments			
Médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	TM / Acte	100%	
Médicaments à service médical rendu modéré	TM / Acte	100%	
Médicaments à service médical rendu faible	TM / Acte	100%	
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale			
Sevrage tabagique	Euros / An	50 €	
Matériel médical			
Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils)	BR / Acte	200%	
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)			
• Secteur conventionnés	BR / Acte	130%	
• Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%	
Analyses et examens de laboratoire			
• Secteur conventionnés	BR / Acte	130%	
• Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%	
Transport remboursé par la Sécurité sociale			
• Secteur conventionnés	BR / Acte	132,50%	
• Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%	



GARANTIES (SUITE)

OPTIQUE (les forfaits en Euros incluent le remboursement de la Sécurité Sociale ou de la MSA)			
Garanties	Assiette	Base	Surcomplémentaire non responsable
Equipements 100% Santé ⁽¹⁾ *			
Monture	FR	100%	
Verres	FR	100%	
Prestation d'appairage	FR	100%	
Prestation d'adaptation	FR	100%	
Equipements Hors 100% Santé			
Monture	Euros / Monture	100 €	
Equipements Verre simple ⁽²⁾	Euros / Verre	160 €	
Equipements Verre complexe ⁽²⁾	Euros / Verre	300 €	
Equipements hypercomplexe ⁽²⁾	Euros / Verre	350 €	
Prestation d'adaptation (par équipement)	Euros / Equipement	10 €	
Autres prestations optiques			
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	PMSS / An	90% FR dans la limite de 10% du PMSS	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale	PMSS / An	90% FR dans la limite de 10% du PMSS	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	PMSS / œil / An	50% FR dans la limite de 25% du PMSS	

* Tels que définis réglementairement

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public

(2) Selon définition des Conditions générales et de la Notice d'information

(3) Prise en charge à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

DENTAIRE			
Garanties	Assiette	Base	Surcomplémentaire non responsable
Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹⁾			
Soins	FR	100%	
Prothèses	FR	100%	
Soins et prothèses hors 100% Santé ⁽¹⁾			
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre			
Consultations et soins dentaires y compris prévention			
▪ Secteur conventionnés	BR / Acte	135%	
▪ Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%	
Inlay onlay			
▪ Secteur conventionnés	BR / Acte	135%	
▪ Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%	
Prothèses - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre **			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale dont inlay-core	BR / Acte	400%	
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Euros / Acte	430 €	
Autres prestations dentaires **			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Acte	250%	
Implantologie	PMSS / Implant	18% PMSS limité à 4 implants par an	

* Tels que définis réglementairement

(1) Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100% Santé et du panier Reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation fixés.

AIDES AUDITIVES			
Garanties	Assiette	Base	Surcomplémentaire non responsable
Equipements 100% Santé ⁽¹⁾ *			
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge	FR / Oreille	100%	
Equipements hors 100% Santé			
Aide auditive pour les assurés jusqu'à leur 20ème anniversaire	BR + Euros / Oreille	100% BR + 300€	
Aide auditive pour les assurés au-delà du 20ème anniversaire	BR + Euros / Oreille	100% BR + 250€	

* Tels que définis réglementairement. Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public en vigueur

AUTRES SOINS			
Garanties	Assiette	Base	Surcomplémentaire non responsable
Médecine douce			
Séances Acupuncteur • Chiropracteur • Diététicien • Ostéopathe • Etiopathe (Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue)	Euros / Acte limité en Séance / An	50 € limité à 6 séances par an et par spécialité	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale			
Honoraires, Transport et l'hébergement	PMSS / Jour	0,5%	
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)			
	BR / Acte	100%	
Allocation naissance			
	PMSS / Evénement	20%	

SERVICES			
Réseau de Soins	Carte Blanche	Inclus	Inclus
Assistance Hospitalisation	Mondial Assistance	Inclus	Inclus
Assistance Maladie Redoutées		Inclus	Inclus
HospiZen		Inclus	Inclus

LEXIQUE

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée

BR : Base de Remboursement / Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

TM : Ticket Modérateur / Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret



Votre complémentaire santé

GUIDE PRATIQUE