

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ FAMILLE



MÉMO CONJOINTS ET ENFANTS NON CAMIEG

AGIR CHAQUE JOUR DANS VOTRE INTÉRÊT
ET CELUI DE LA SOCIÉTÉ



SOMMAIRE

VOTRE NOUVELLE OFFRE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ CONJOINTS ET ENFANTS NON CAMIEG	3-4
QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?	5
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS	6-13
• GARANTIES HOSPITALISATION	
• GARANTIES SOINS COURANTS	
• GARANTIES OPTIQUE	
• GARANTIES DENTAIRE	
• GARANTIES AIDE AUDITIVE	
• GARANTIES AUTRES SOINS	
GRILLE OPTIQUE	14
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	15
MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION D'UNE OPTION	16
CONTACTS	18

VOTRE NOUVELLE OFFRE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ CONJOINTS ET ENFANTS NON CAMIEG

Votre nouvelle offre complémentaire Santé sera assurée et gérée par Crédit Agricole Assurances. Afin de bénéficier des garanties et services, nous vous invitons à suivre les instructions suivantes pour adhérer à ce contrat.

Les cotisations de votre régime facultatif, à la charge du salarié

Les cotisations mensuelles des garanties de base sont fixées de la façon suivante :

Garanties	Structure de cotisations	Taux de cotisations 2026 en % du PMSS	Taux de cotisations 2026 exprimé en euros
Adulte	Base	1,72 %	68,89 €
Enfant	Base	1,12 %	44,86 €

Ce tarif est exprimé contractuellement en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). En 2026, le PMSS est de 4 005€.

Un échéancier personnalisé vous sera adressé à l'issue de votre adhésion, comprenant votre cotisation. Pour rappel, le financement de la cotisation est intégralement à votre charge.

Les cotisations des options individuelles, à la charge du salarié

La cotisation de l'option individuelle est intégralement à votre charge et est directement prélevée sur votre compte bancaire.

Les options de votre CCM

Tarifs mensuels TTC - 2026

Option	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
Isolé	4,95 €	19,49 €	27,98 €

Comment adhérer à ce nouveau contrat Crédit Agricole Assurances ?

1. Depuis le site sanergi ieg



- 1. Rendez-vous sur le site **sanergi ieg** ;
- 2. Cliquez sur le menu déroulant puis sur **m'affilier** ;
- 3. Accédez à la rubrique « **mon adhésion** » puis cliquez sur « **Mon adhésion / Offre Conjoint et Enfants NON CAMIEG** » ;
- 4. Découvrez votre offre puis cliquez-en bas de la page sur la rubrique « **Je souscris via le bulletin individuel d'adhésion** » ;
- 5. **Complétez** le bulletin individuel d'affiliation papier « Offre Conjoint et Enfants Non Camieg » et le **renvoyer** avec les pièces justificatives au centre de gestion mentionné.



Le bulletin individuel d'adhésion doit être complété par le conjoint / l'enfant Non CAMIEG souhaitant adhérer au régime. N'oubliez pas de télécharger votre notice d'information.

2. Depuis l'application **sanergi ieg Ma Santé** de votre conjoint ou parent



- 1. Rendez-vous sur l'espace **sanergi ieg Ma Santé** de votre conjoint ou parent
- 2. Cliquez sur le menu déroulant puis sur **nouvelle demande** ;
- 3. Accédez à la rubrique « **gérer mes bénéficiaires** » puis ajouter votre conjoint et/ou celui de votre/vos enfant(s) ;
- 4. Cliquez sur le bouton « **je souhaite adhérer à l'offre conjoints et enfants non camieg** » ;
- 5. **Complétez** le bulletin individuel d'affiliation digital « Offre Conjoint et Enfants Non Camieg ».



Le bulletin individuel d'adhésion doit être complété par le conjoint / l'enfant Non CAMIEG souhaitant adhérer au régime.

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER LES OUVRANTS DROITS



Adulte¹

Sont considérés comme ouvrants droit les conjoints, partenaires de Pacs ou concubins d'un salarié des IEG couvert par le régime CSM sanergi IEG.



Le conjoint marié



Le partenaire de pacs



Le concubin

Enfants¹

Sont considérés comme ouvrants droit les enfants d'un salarié des IEG couvert par le régime CSM sanergi IEG qui respectent les conditions suivantes :



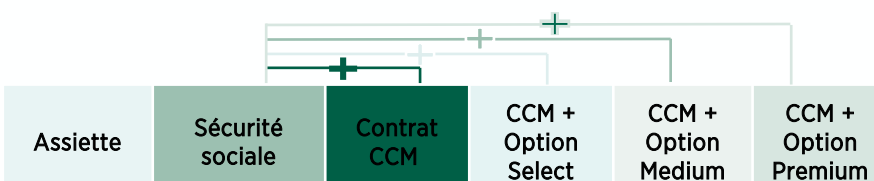
- Les enfants de moins de 28 ans
- Les enfants en situation de handicap sans limite d'âge

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

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS

GARANTIES HOSPITALISATION

Les garanties Couverture complémentaire maladie (CCM) du présent contrat interviennent en complément des garanties prévues par le Régime obligatoire d'assurance maladie de la Sécurité sociale.



	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Hospitalisation						
Forfait hospitalier journalier	FR / Jour	-	100 %	100%	100%	100%
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération dans la limite de 5 300 € par an et par bénéficiaire dans les établissements non conventionnés	BR / Acte	80 % / 100 %	120 % / 100 % Honoraires : 320 % / 300 %	160% Honoraires : 200%	200%	300%
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	BR / Acte	80 % / 100 %	220 % / 200 %	+80% / +120%	+80% / +120%	+180% / +220%
- Franchise hospitalière (actes lourds)	FR / Acte	-	100 %	-	-	-
- Forfait Patient Urgence	FR / Acte	-	100 %	-	-	-
- Forfait parcours coordonnés renforcés	FR / Acte	-	100 %	-	-	-
- Chambre particulière (maternité limité à 8 jours)	PMSS / Nuit	-	3 % PMSS	3%	3,10%	3,60%
- Chambre particulière en ambulatoire	PMSS / Jour	-	1,12 % PMSS	1,25%	2,50%	3,10%
- Frais d'accompagnement (sans limitation de durée - enfant - 16 ans)	PMSS / Jour	-	1 % PMSS	1,25%	2,50%	3,00%

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (suite)

GARANTIES SOINS COURANTS

	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Honoraires médicaux						
Consultations, visites et soins pour les médecins généralistes						
- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	110 %	100%	160%	250%
- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	90 %	80%	140%	250%
Consultations, visites et soins pour les médecins spécialistes						
- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	150 %	300%	300%	350%
- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	130 %	280%	280%	350%
Radiologie						
- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	150 %	160%	160%	220%
- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	130 %	130%	130%	180%
Actes techniques médicaux						
- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	150 %	160%	160%	220%
- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70 %	130 %	130%	130%	180%




BON À SAVOIR

Le taux de remboursement est majoré de 50 % {sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)} pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (suite)

GARANTIES SOINS COURANTS



	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Médicaments						
Médicaments prescrits remboursés par la sécurité sociale						
- Médicaments à service médical rendu majeur ou important	BR / Acte	65 %	35 %	-	-	-
- Médicaments à service médical rendu modéré	BR / Acte	30 %	70 %	-	-	-
- Médicaments à service médical rendu faible	BR / Acte	15 %	85 %	-	-	-
Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale						
- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	PMSS / Acte	-	1,75 % PMSS	1,75%	2,75%	2,75%
- Moyens de contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations	PMSS / An	-	1,75 % PMSS	1,75%	2,75%	2,75%
Matériel médical						
- Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (Orthèses, prothèses médicales, prothèses capillaires, orthopédie et locations d'appareils)	BR / Acte	60 % / 100%	160 % / 190 % 250 % / 290 %	100%	200%	300%
- Pansements	BR / Acte	60 %	100 %	80%	190%	250%
- Véhicule pour personne handicapée pris en charge par la Sécurité sociale	PMSS / An	100 % BR	150 % BR + 90 % PMSS	+90% PMSS	+95% PMSS	+100% PMSS
Autres						
Honoraires paramédicaux	BR / Acte	60 %	110 %	90%	120%	190%
Analyses et examens de laboratoire	BR / Acte	60 %	110 %	90%	120%	190%
Transport	BR / Acte	55 %	45 %	-	-	-
Analyse hors nomenclature	PMSS / An	-	0,7 % PMSS	0,70%	1,00%	1,50%
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	BR / Acte	100 %		-	-	-
Activités de télésurveillance médicale remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100 %		-	-	-

(1) Dans la limite du nombre de séances prévues dans le dispositif mon soutien psy (12 séances au 01/01/2026)

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (suite)

GARANTIES OPTIQUES

	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Les forfaits des équipements incluent le remboursement de la Sécurité sociale						
Equipements 100% santé * (1)						
- Monture	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
- Verres	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
- Prestation d'appairage	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
- Prestation d'adaptation	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
Equipements hors 100% santé* (1) - Adulte						
- Monture	Euros / Monture	60 % BR	100 € y compris régime de base	65 €	115 €	115 €
- Verre simple (2)	Euros / Verre	60 % BR	Voir grille	Voir grille	Voir grille	Voir grille
- Verre complexe (2)	Euros / Verre	60 % BR				
- Verre hypercomplexe (2)	Euros / Verre	60 % BR				
- Prestation d'appairage	BR / Acte	60 % BR	60 %	-	-	-
Equipements hors 100% santé - Enfant						
- Monture	Euros / Monture	60 % BR	100 €	23 €	73 €	73 €
- Verre simple (2)	Euros / Verre	60 % BR	Voir grille	Voir grille	Voir grille	Voir grille
- Verre complexe (2)	Euros / Verre	60 % BR				
- Verre hypercomplexe (2)	Euros / Verre	60 % BR				
- Prestation d'appairage	BR / Acte	60 % BR	60 %	23 €	73 €	73 €
Autres						
- Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (3)	PMSS / An	60 % BR	645 % BR + 1,5 % PMSS	+1,5% PMSS	+2,5% PMSS	+3,5% PMSS
- Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (4)	PMSS / An	-	Adulte : 9,7 % PMSS Enfant : 11 % PMSS	7,35%	9,85%	11,85%
- Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) y compris chirurgie intraoculaire	PMSS / œil / An	-	32 % PMSS	32%	34%	37%

* Tels que définis réglementairement

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

(2) Selon la définition des Conditions Générales et de la Notice d'Information

(3) Prise en charge par la Sécurité sociale à hauteur du Ticket Modérateur pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

(4) Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (suite)

GARANTIES DENTAIRES

	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Soins et prothèses 100% sante⁽¹⁾						
- Soins	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
- Prothèses	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
Soins et prothèses hors 100% sante⁽¹⁾						
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre ⁽¹⁾						
- Consultations et soins dentaires (y compris prévention, chirurgiens-dentistes, détartrage, scellement des sillons et radiologie dentaire hors stomatologie)	BR / Acte	60 %	160 %	150% (Radiologie dentaire 140%)	150%	250%
- Consultations et soins dentaires (Stomatologie)	BR / Acte	70 %	150 %	150%	150%	250%
- Inlay onlay	BR / Acte	60 %	290 %	230%	230%	250%
Prothèses - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre (1)						
- Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	60 %	585 %	+10,5% PMSS	+13% PMSS	+15,5% PMSS
- Couronne sur implant - maximum 5 par an et par bénéficiaire	PMSS/ Acte	60 % BR	435 % BR + 10,5 % PMSS	Maximum 5 par an et par bénéficiaire	Maximum 5 par an et par bénéficiaire	Maximum 5 par an et par bénéficiaire
- Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	BRR / Acte	-	150 %	150%	250%	300%

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (suite)

GARANTIES DENTAIRES

	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Autres prestations dentaires						
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Semestre	100 %	460 %	200%	250%	300%
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	BRR / Semestre	-	300 % BRR	300%	450%	600%
- Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 1 à 2 dents	PMSS / Acte	-	2 % PMSS	2%	3%	4%
- Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 3 dents	PMSS / Acte	-	4 % PMSS	4%	6%	7%
- Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : par dent supplémentaire	PMSS / Acte	-	1 % PMSS	1%	2%	3%
- Implantologie : maximum 5 par année civile et par bénéficiaires ⁽²⁾	PMSS/ Acte	-	20 % PMSS	20%	25%	30%
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽³⁾	PMSS / An	-	8,4 % PMSS	8,40%	250 €	500 €
- Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels	FR / Acte	-	30 % FR Limités à 500 € par an par bénéficiaire	30% FR limités à 500€ / An / Bénéficiaire	35% FR limités à 525€ / An / Bénéficiaire	45% FR limités à 575€ / An / Bénéficiaire

* 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.
- (2) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant ».
- (3) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (suite)

GARANTIES AIDES AUDITIVES

	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Equipements 100% santé^{*(1)}						
- Aide auditive	FR / Oreille	Prise en charge intégrale		-	-	-
Equipements hors 100% santé						
- Aide auditive pour les assurés jusqu'à leur 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	60 % BR	Forfait de 1700 € y compris le régime de base	-	-	-
- Aide auditive pour les assurés au-delà du 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	60 % BR	Forfait de 1700 € y compris le régime de base	-	-	-
- Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale	BR / Acte	60 % BR	60 % BR + 1,4 % PMSS	+1,4% PMSS	+2,4% PMSS	+3,4% PMSS

* Tels que définis réglementairement

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

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (suite)

GARANTIES AUTRES SOINS

	Assiette	Sécurité sociale	Contrat CCM	CCM + Option Select	CCM + Option Medium	CCM + Option Premium
Autres soins						
Médecine douce						
Séances d'ostéopathe, acupuncteur, d'étiopathe, de chiropracteur, (uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue)	Euros / Séance Limité en séances / an	-	+60 € / séance limité à 6 séances /an sur l'ensemble des spécialités dans la limite de 90 % FR	60 € / séance limité à 6 séances / An dans la limite de 90% FR	60 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire	80 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire
Consultations de psychologues	Euros / Séance Limité en séances / an	-	+50 € / séance limité à 6 séances /an	50 € / séance limité à 6 séances / An	50 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire	60 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale						
- Honoraires, Transport et Hébergement	PMSS / An	65 % BR	55 % BR + 8 % PMSS	8%	12%	12%
Ostéodensitométrie	PMSS / An	70 % BR	50 % BR + 2,8 % PMSS	2,80%	4,30%	4,30%
Autres soins						
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	BR / Acte	60 %	40 % BR			
Pack prévention annuel incluant :						
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; Dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste Bilan de langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste - Bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer Test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin	PMSS / AN	-	3,85% PMSS	-	-	-
Services						
- Réseau de soins	Carte Blanche	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
- Assistance	Europ assistance	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

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)

BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstitué servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM

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

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.

GRILLE OPTIQUE

Les montants minimum et maximum de prise en charge des équipements optique (verre et monture) pour un contrat collectif sont fixés dans la grille de garanties ci-dessus. Cette dernière est complétée par la grille optique des verres.

Grille optique CCM pour les adultes (+18 ans)

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25-4	4,25 et +	0	0,25-4	4,25 et +
0-2	85,00 €	105,00 €	218,00 €	234,00 €	280,00 €	341,00 €
2,24-4	85,00 €	105,00 €	218,00 €	234,00 €	280,00 €	341,00 €
4,25-6	85,00 €	105,00 €	218,00 €	348,00 €	280,00 €	341,00 €
6,25-8	186,00 €	227,00 €	266,00 €	348,00 €	280,00 €	341,00 €
8,25-12	186,00 €	227,00 €	266,00 €	348,00 €	554,00 €	554,00 €
12,25 et +	239,00 €	227,00 €	266,00 €	348,00 €	554,00 €	554,00 €

Grille optique CCM pour les enfants (-18 ans)

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25-4	4,25 et +	0	0,25-4	4,25 +
0-2	96,00 €	109,00 €	226,00 €	276,00 €	295,00 €	289,00 €
2,24-4	96,00 €	109,00 €	226,00 €	276,00 €	295,00 €	289,00 €
4,25-6	96,00 €	109,00 €	226,00 €	388,00 €	295,00 €	289,00 €
6,25-8	221,00 €	263,00 €	308,00 €	388,00 €	295,00 €	289,00 €
8,25-12	221,00 €	263,00 €	308,00 €	388,00 €	491,00 €	491,00 €
12,25 et +	301,00 €	263,00 €	308,00 €	388,00 €	491,00 €	491,00 €

LÉGENDE : (A)

- Verre Simple
- Verre complexe
- Verre très complexe

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

	Dépense (Frais Réels)	Remboursement Sécurité Sociale	Remboursement Crédit Agricole Assurances			
			CCM	CCM + SELECT	CCM + MEDIUM	CCM + PREMIUM
HOSPITALISATION						
Opération Chirurgie Non OPTAM ¹ <i>(Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFMCO03 BR 453,95 €)</i>	1 600€	453,95€	907,90€	238,15 €	238,15 €	238,15 €
Votre reste à charge	-	1146,05€	238,15€ reste à charge final	-	-	-
Chambre particulière	110€	-	110,00€	110 €	110 €	110 €
Votre reste à charge	-	110,00€	0,00€ reste à charge final	-	-	-
SOINS COURANTS ³						
Généraliste : honoraires Non OPTAM ¹ <i>(BR² 23€)</i>	80€	14,10€	20,70€	29,90 €	43,70€	63,90 €
Votre reste à charge	-	65,90€	45,20€ reste à charge final*	36,00 €	22,20 €	2,00 €
Généraliste : honoraires OPTAM ¹ <i>(BR² 30€)</i>	50€	19,00€	29,00€	29,00€	29,00€	29 €
Votre reste à charge	-	31,00€	2,00€ reste à charge final*	2,00 €	2,00 €	2,00 €
Spécialiste : honoraires Non OPTAM ¹ <i>(BR² 23€)</i>	120€	14,10€	29,90€	75,90 €	75,90 €	92,00 €
Votre reste à charge	-	105,90€	76,00€ reste à charge final*	30,00 €	30,00 €	13,90 €
Spécialiste : honoraires OPTAM ¹ <i>(BR² 31,5€)</i>	60€	20,05€	37,95€	37,95€	37,95€	37,95 €
Votre reste à charge	-	39,95€	2,00€ reste à charge final*	2,00 €	2,00 €	2,00 €
* Dont 2€ de participation forfaitaire.						
DENTAIRE						
Prothèses dentaires panier libre <i>(BR² 120€)</i>	1 000€	72,00€	702,00€	702,00 €	762,00 €	882,00 €
Votre reste à charge	-	928,00€	226,00€ reste à charge final	226,00 €	166,00 €	46,00 €
Orthodontie adulte non remboursée par la Sécurité sociale	1 200€	-	580,50 €	580,50 €	870,75€	1 161,00 €
Votre reste à charge	-	1 200,00€	619,50 € reste à charge final	619,50 €	329,25 €	39,00 €
Implantologie	1 200€	-	801,00€	801,00 €	1001,25 €	1 200,00 €
Votre reste à charge	-	1 200€	399,00€ reste à charge final	399,00 €	198,75 €	-
OPTIQUE ⁴						
Monture	150€	0,03€	99,97€	99,97 €	149,97 €	149,97 €
Votre reste à charge	-	149,97€	50,00€ reste à charge final	50,00 €	-	-
Verre simple	125€	0,03€	104,97€	104,97€	104,97€	104,97 €
Votre reste à charge	-	124,97€	20,00 € reste à charge final	20,00 €	20,00 €	20,00 €
Verre complexe	290€	0,03€	279,97€	156,00 €	156,00 €	156,00 €
Votre reste à charge	-	289,97€	10,00€ reste à charge final	10,00 €	10,00 €	10,00 €
Chirurgie de l'œil	1 500€	-	1 281,60€	1 281,60 €	1 361,70 €	1 481,85 €
Votre reste à charge	-	1 500,00€	218,40 € reste à charge final	218,40 €	138,30 €	18,15 €
Lentilles <i>(remboursées par la Sécurité sociale, BR 39,48€ par œil)</i>	500€	47,38 €	452,62€	452,62€	452,62€	452,62 €
Votre reste à charge	-	452,62€	0,00 € reste à charge final	0,00 €	0,00 €	0,00 €
AUTRES SOINS						
Consultation ostéopathie	85 €	-	60,00€	60,00 €	60,00 €	80,00 €
Votre reste à charge	-	85,00 €	25,00€ reste à charge final	25,00 €	25,00 €	5,00 €

(1) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : dispositif permettant de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2.

(2) BR : Base de remboursement de la sécurité sociale ; PMSS 2026 : 4 005 €.

(3) En respectant le parcours de soins coordonné.

(4) Pour les adultes et sous condition de respect des fréquences de renouvellement.

MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION D'UNE OPTION

Les options individuelles

Les options vous offrent de meilleures garanties sur certaines prestations et s'appliquent à tous les bénéficiaires du contrat de base de votre couverture complémentaire maladie.

Les prestations des options prennent effet sans délai de carence.

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
SOUSCRIRE UNE OPTION FACULTATIVE...			
▶ Lors de votre adhésion au régime facultatif du contrat CCM de base	Au moment de l'adhésion du contrat CCM de base	À la date d'entrée sur le régime facultatif du contrat CCM de base	Au moment de l'inscription en complétant le Bulletin individuel d'adhésion.
▶ Au cours de la vie de votre contrat	À tout moment	Le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande	Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos Identifiants ou via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel Ma Santé
▶ À la suite d'un événement (mariage, naissance, divorce, autres) cf. Notice d'Information	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	Demande à compléter en cas de changement de situation personnelle :
▶ Vous aviez déjà résilié une option facultative auprès de Crédit Agricole Assurances	Avant le 31 octobre Franchise de 2 années civiles complètes à respecter à compter de la précédente résiliation de l'option individuelle	Au 1 ^{er} janvier N+3 suivant la date de résiliation de la précédente option individuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation CAMIEG ; • Certificat de naissance ; • Certificat de mariage ; • Attestation de concubinage/PACS ; • Mandat SEPA complété et signé ; • Certificat de divorce. ... cf. Notice d'Information

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ CHANGER LE NIVEAU DE COUVERTURE DE VOTRE OPTION FACULTATIVE...			
▶ Avec des garanties supérieures	À tout moment	Le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande	Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos Identifiants ou via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel Ma Santé.
▶ Avec des garanties inférieures	À tout moment	Avant 12 mois d'adhésion, le premier jour du mois suivant la date d'anniversaire du contrat. Après 12 mois d'adhésion, le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande	Demande à compléter en cas de changement de situation personnelle :
▶ À la suite d'un événement (mariage, naissance, divorce, autres) cf. Notice d'Information	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation CAMIEG ; • Certificat de naissance ; • Certificat de mariage ; • Attestation de concubinage/PACS ; • Mandat SEPA complété et signé ; • Certificat de divorce. ... cf. Notice d'Information

MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION D'UNE OPTION (SUITE)

Les options individuelles

Les options vous offrent de meilleures garanties sur certaines prestations et s'appliquent à tous les bénéficiaires du contrat de base de votre couverture complémentaire maladie.

Les prestations des options prennent effet sans délai de carence.

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ RÉSILIER UNE OPTION FACULTATIVE... → être uniquement couvert par la base obligatoire			
▶ Durant la première année du contrat	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 31 décembre, suivant la demande	Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel Ma Santé
▶ Après 12 mois d'adhésion à l'option	À tout moment	Le premier jour du mois qui suit la demande	Demande à compléter en cas de changement de situation personnelle :
▶ À la suite d'un événement (mariage, naissance, divorce, autres) cf. Notice d'Information	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation CAMIEG ; • Certificat de naissance ; • Certificat de mariage ; • Attestation de concubinage/PACS ; • Mandat SEPA complété et signé ; • Certificat de divorce. <p>... cf. Notice d'Information</p>

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 18H00
(numéro non surtaxé, prix d'un appel local)

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



Janvier 2026.

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 : 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris.

L'application Crédit Agricole Ma Santé, téléchargeable gratuitement sur votre mobile depuis App Store et Google Play, et l'espace web assuré (espace.ca-masante.fr) sont des services accessibles aux bénéficiaires d'un contrat collectif de frais de santé assurés 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 euros - Siège social : 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 Paris. 334 028 123 RCS Paris.