

VOTRE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE ORA



GUIDE PRATIQUE

sanergi ieg

BIENVENUE

Vous avez souscrit un contrat auprès de Crédit Agricole Assurances pour vous permettre de bénéficier d'une couverture complémentaire maladie ORA et venir diminuer votre reste à charge dans vos dépenses de santé quotidiennes.

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 COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE ORA	3
CHAPITRE 2	PRÉSENTATION DES COTISATIONS	4
CHAPITRE 3	L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE « sanergi ^{IEG} MA SANTÉ »	5
CHAPITRE 4	NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN	6
CHAPITRE 5	NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS	8
CHAPITRE 6	NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTÉ LES DIFFICULTÉS	10
CHAPITRE 7	OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ	11
CHAPITRE 8	DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS	13
CHAPITRE 9	EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	20
CHAPITRE 10	DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT	21
CHAPITRE 11	MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RÉSILIATION DE VOS AYANTS DROIT	22
	LEXIQUE	24
	CONTACTS	25

CHAPITRE 1

DÉCOUVREZ VOTRE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE ORA

Comprendre les remboursements de vos frais de santé

Votre couverture complémentaire maladie ORA a été conçue pour vous permettre de :



COMPLÉTER efficacement les remboursements de la CAMIEG.

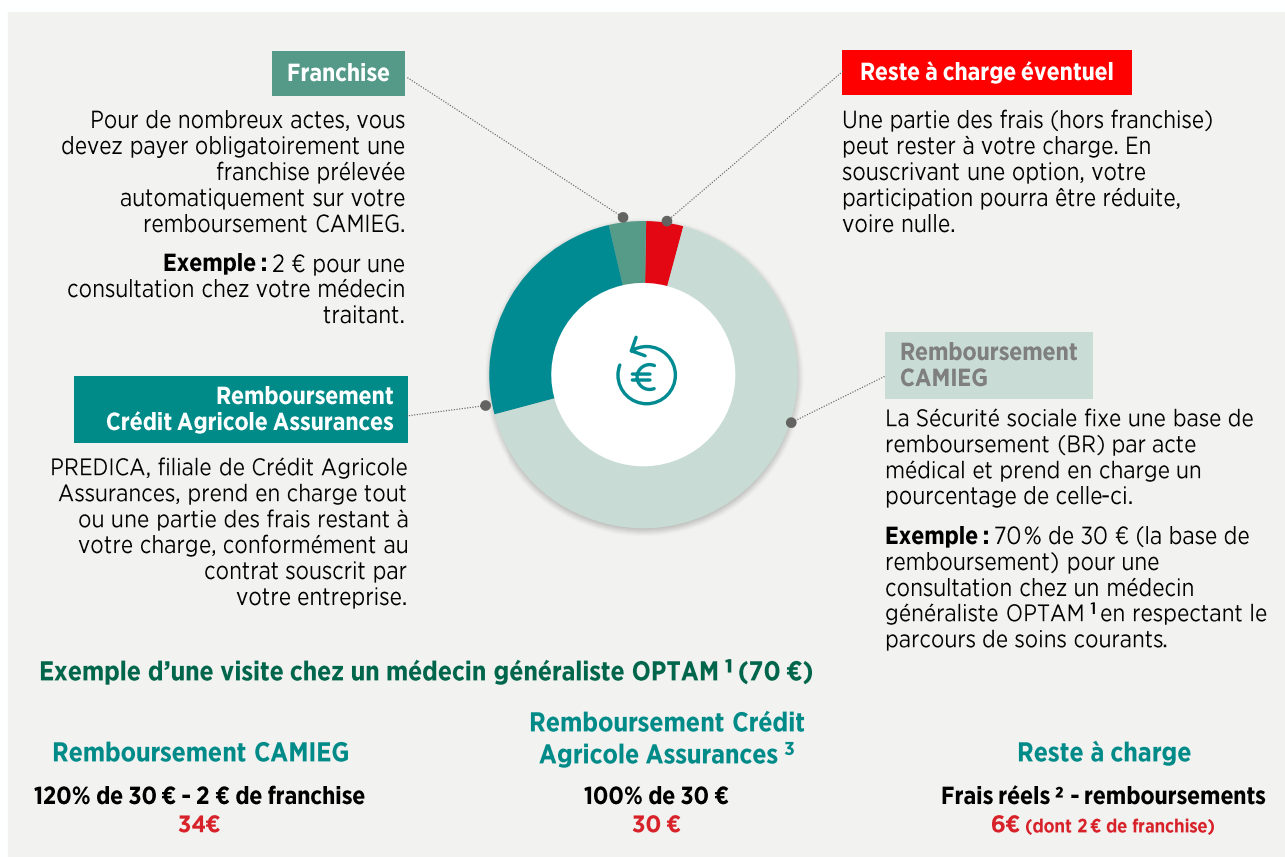


RÉDUIRE ou supprimer votre reste à charge.



REMBOURSER certaines prestations non prises en charge par la CAMIEG.

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 !

Nous nous engageons sur les durées moyennes maximales de traitements suivantes (hors délai bancaire) :

- Avec télétransmission : 24 heures après réception du flux ;
- Sans télétransmission :
 - 4 jours ouvrés pour les grands risques (optique, dentaire, audiologie, hospitalisation),
 - 6 jours ouvrés pour les petits risques (médecine douce, pharmacie, etc.)."



Le **parcours de soins coordonnés** est un dispositif incitant l'assuré à consulter son **médecin traitant** avant tout autre praticien pour bénéficier d'un **remboursement maximal** de ses soins.

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

(2) Frais avancé par l'assuré avant remboursement.

(3) Remboursement à hauteur de la couverture complémentaire maladie ORA de base. Le montant pourra varier si vous souscrivez à une option individuelle.

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DES COTISATIONS

Les cotisations de votre régime retraité facultatif ORA

La cotisation est fixée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre d'information, le Plafond mensuel de la Sécurité sociale pour 2026 est de 4 005€ ; il est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année).

La cotisation du régime base ORA et de la surcomplémentaire ORA est intégralement à votre charge et est directement prélevée mensuellement sur votre compte bancaire.

L'adhésion à la surcomplémentaire est facultative et vaut également pour vos ayants droit.

Les cotisations mensuelles TTC sont fixées de la façon suivante au 1^{er} janvier 2026 :

Structure de cotisation	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
Isolé en % PMSS	1,40%	+0,29%
Famille en % PMSS	2,60%	+0,53%
Isolé en €	56,07 €	+11,61 €
Famille en €	104,13 €	+21,23 €

Les tarifs sont exprimés en PMSS (PMSS 2026 : 4005€).



Ces montants comprennent les **frais de gestion**, ainsi que les **chargements d'assurance** et les **taxes à la cotisation nette contractuelle**.

CHAPITRE 3

L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE

«SANERGI IEG MA SANTÉ »

Votre allié santé au quotidien

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



ÊTRE ACTEUR DE VOTRE SANTÉ AU QUOTIDIEN

- 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 SANERGI IEG MA SANTÉ ?

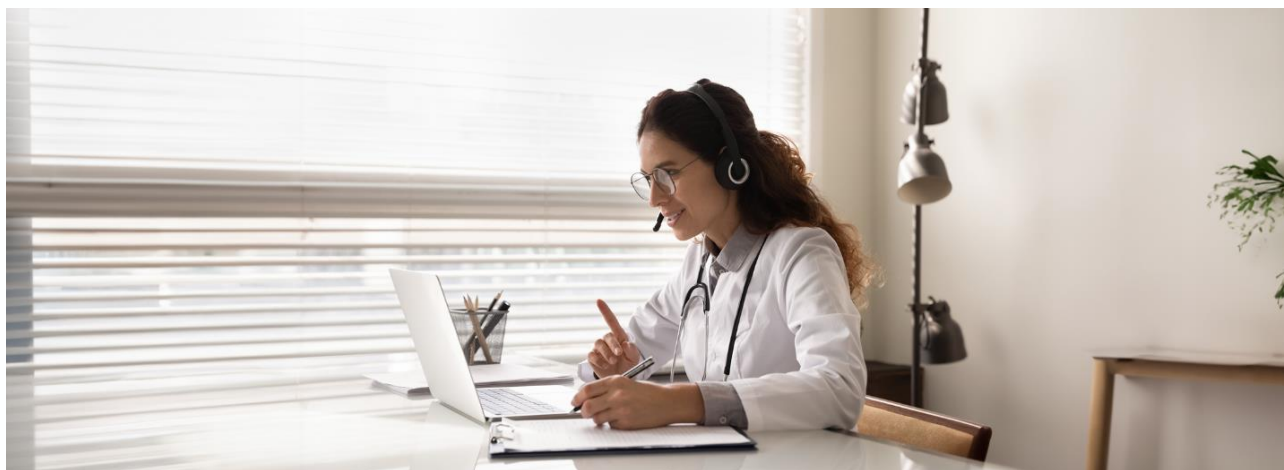
Vous avez effectué votre adhésion en ligne : téléchargez l'application sanergi IEG Ma Santé ou connectez-vous sur espace-CSMdesIEG.ca-masante.fr, et accédez à votre espace avec votre numéro d'adhérent et mot de passe personnalisé.

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 4

NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN



Échangez avec un professionnel de santé à distance et à tout moment

Accès à une consultation médicale réalisée avec un médecin généraliste, un dermatologue, un psychologue ou une sage-femme¹.



Accédez à de nombreux praticiens

- Médecins généralistes, Dermatologues.
- Spécialistes de santé : Psychologue, Sage-femme.



Consultation à distance accessible

- Par téléphone ²
- Par visioconférence
- Par chat



Rappel sous 30 minutes ou prise de rendez-vous

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



Sans avance de frais



Une équipe médicale dédiée et des professionnels de santé basés en France



Dans le respect du secret médical

(1) 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 et arrêt de travail, renouvellement d'ordonnance, prescription d'imagerie ou d'examens de biologie, consultation pour un enfant mineur sans la présence d'un parent, consultation pour un enfant de moins de 12 mois, prescription d'un traitement médicamenteux de plus d'une semaine, remplacement du médecin traitant pour un suivi de pathologie chronique ou de grossesse.). Rendez-vous selon la disponibilité des praticiens.

(2) Appel gratuit, numéro non surtaxé.

CHAPITRE 4

NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN (SUITE)



Des conseils santé personnalisés pour prendre soin de soi

Selon les recommandations de santé publique, nous réalisons une prévention personnalisée en lien avec l'âge. Nous vous informons ainsi des différents vaccins, dépistages, examens et consultations à réaliser pour rester en bonne santé. Réalisez un bilan de prévention personnalisé avec un(e) infirmier(ère) sur rendez-vous, du lundi au samedi de 8H à 20H. Rendez-vous dans l'application sanergi ^{IEG} Ma Santé ou contactez le 09 69 32 10 71.

Un accès facilité à une assistance paramédicalisée en cas de besoin

A la suite d'une consultation médicale (à distance, ou non), prenez rendez-vous à domicile avec un professionnel de santé (infirmier, kinésithérapeute ou sage-femme). Une demande en 5 minutes et une réponse en moins de 2h.

Des professionnels de santé proches 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 sanergi ^{IEG} Ma Santé.

Carte
blanche
partenaires



UN PRATICIEN PARTENAIRE
PRÈS DE VOTRE DOMICILE



DES TARIFS
PRÉFÉRENTIELS

LES + DU RÉSEAU OPTIQUE AVEC L'OFFRE PRYSME ¹

- Un équipement optique sans reste à charge
- Un accès à des lunettes de qualité, disponible chez plus de 7 700 opticiens partenaires
- Des montures modernes et raffinées (gamme "1796", Naf Naf, Kaporal)
- Des verres de haute qualité issus de cinq verriers de renom (Carl Zeiss Vision, Essilor, Hoya, Nikon, Seiko)
- Des traitements et technologies premium qui vont au-delà du 100% Santé

LES + DU RÉSEAU DENTAIRE

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

(1) Offre préférentielle proposée par les opticiens partenaires du réseau Carte Blanche.

CHAPITRE 5

NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS

Un conseiller vous accompagne tout au long de votre hospitalisation ¹



Vous rassurer

Nous vous confirmons votre demande de prise en charge en vue d'une hospitalisation programmée.



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 ¹

Crédit Agricole Assurances vous accompagne selon votre situation, découvrez les différents cas possibles et les aides attribuées ².

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

Vous êtes hospitalisé(e) plus de 24 heures et êtes immobilisé(e) au moins 5 jours consécutifs.



Services et aide à domicile

Jusqu'à 9 heures de travaux ménagers (repassage, ménage, aide à la préparation des repas). Aide aux soins du quotidien (hors soins médicaux) par un(e) auxiliaire de vie.



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.



Accompagnement et transport des enfants

Garde à domicile des enfants. Transports des enfants chez un proche, à l'école ou pour leurs activités extrascolaires. Aide aux devoirs ou aide pédagogique de l'enfant dont le parent est en situation d'affection longue durée.



Assistance aux ascendants

Accompagnement des ascendants

dépendants à charge par une auxiliaire de vie (actes 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) Service assuré par Europ Assistance inclut dans le contrat de Crédit Agricole Assurances.

(2) Selon les conditions prévues dans la notice d'information

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-Willi, 75009 Paris.

CHAPITRE 5

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

Deuxième avis, un service dédié à vos décisions de santé

Pour vous rassurer, obtenez un second avis médical. Vous vous posez des questions suite au diagnostic d'une maladie et vous souhaitez obtenir un nouvel éclairage ?

Le service **deuxième avis médical** vous permet d'obtenir un avis hautement spécialisé auprès d'un médecin expert sans vous déplacer en moins de 7 jours.

+ de 400 experts de santé

+ de 800 maladies couvertes



Pour des maladies graves ou rares



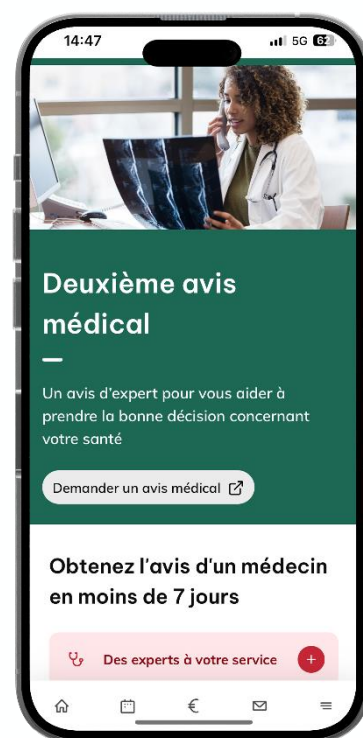
Par des spécialistes de référence dans la pathologie



À distance et de manière sécurisée via l'application sanergi IEG Ma Santé

Un parcours simple, pour vous concentrer sur l'essentiel

1. Rendez-vous sur votre espace sécurisé sanergi IEG **Ma Santé** > **Ma Sphère Médicale** > **Deuxième 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. Un médecin expert étudie votre dossier et rend un avis sous 7 jours. Avec votre accord, l'avis peut être envoyé à votre médecin traitant.



CHAPITRE 6

NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTÉ LES DIFFICULTÉS

Un accompagnement complet en cas de décès ¹

Pour vous apporter une aide personnalisée en cas de décès (anciens 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 seuls. 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 7

OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ

La télétransmission NOEMIE

Qu'est-ce que la télétransmission ?

C'est un échange de flux informatiques entre la CAMIEG et votre contrat ORA. Cela permet notamment de transmettre vos décomptes santé de la CAMIEG vers votre contrat ORA sans échange de papier.

Comment savoir si la télétransmission est active ?

Pour savoir si la télétransmission est active entre la CAMIEG et votre Centre de Gestion, il suffit de regarder sur l'un de vos décomptes santé de la CAMIEG s'il est bien mentionné « Ce décompte a été transmis à votre couverture complémentaire maladie ORA » (ou toutes autres formules approchantes) ou via votre espace personnel sur Ameli.fr. Si la télétransmission ne fonctionne pas et que vous souhaitez la mettre en place, n'hésitez pas à contacter votre Centre de Gestion ¹.

Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'être dispensé(e) de l'avance de vos frais de santé, dans la limite de l'accord conclu entre l'organisme et le professionnel de santé. C'est la CAMIEG et/ou votre contrat ORA qui règle directement le professionnel de santé.

Comment bénéficier du tiers payant ?

Pour bénéficier du tiers payant sur la prestation ORA, vous devez présenter votre carte de tiers payant à votre professionnel de santé qui adressera une demande de prise en charge à votre centre de gestion.

OPTIQUE	DENTAIRE	APPAREILLAGE - MATÉRIEL MÉDICAL, AIDE AUDITIVE
Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue ; où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.	Couronnes ou stellites provisoires, parodontologie, implants, autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature ² : adressez au centre de gestion la facture nominative acquittée indiquant le détail de la codification, l'acte pratiqué et le numéro de la dent soignée.	Pour bénéficier du tiers payant sur le remboursement ORA, vous devez présenter votre carte de tiers payant à votre professionnel de santé qui adressera une demande de prise en charge au centre de gestion.

LE TIERS PAYANT TOTAL VOUS ÉVITE D'AVANCER VOS FRAIS DE SANTÉ ET SIMPLIFIE VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES.

Renseignez-vous auprès de votre professionnel de santé pour connaître les modalités de tiers payant que le professionnel de santé propose.



BON À SAVOIR

Pour connaître le montant de votre remboursement, pensez à demander des devis auprès des professionnels de santé et à les transmettre à votre Centre de Gestion via l'application sanergi ^{IEG} Ma Santé ou via votre espace web espace-CSMdesIEG.ca-masante.fr (rubrique « envoyer un devis »).
Le Centre de Gestion peut être amené à demander les documents originaux.

(1) Coordonnées transmises en page 25 de ce guide ou sur l'application sanergi ^{IEG} Ma Santé.

(2) Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux dont la Sécurité sociale assure le remboursement sur la base d'un tarif ou d'une cotation prédéterminée.

CHAPITRE 7

OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

Liste des pièces justificatives à fournir

PIÈCES JUSTIFICATIVES

	Avec télétransmission	Sans télétransmission
		
Séjours Hospitaliers	Bordereau de facturation acquitté ou Avis des sommes à payer	Bordereau de facturation acquitté ou Avis des sommes à payer + Décompte de la CAMIEG
		
Consultations	-	Décompte de la CAMIEG
Laboratoire et radiologie	Facture acquittée pour les analyses hors nomenclature	Décompte de la CAMIEG + 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 CAMIEG + 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 CAMIEG + 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	-	Décompte de la CAMIEG
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale ¹	Facture acquittée	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale ¹	Facture acquittée	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée
Implants ¹	-	Facture originale acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués et le numéro des dents + Devis
		
AUTRES SOINS		
Matériel médical	Facture acquittée	Décompte de la CAMIEG + 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 CAMIEG + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)
Médecine douce et Psychologue (hors dispositif Mon Psy)	-	Facture acquittée

DANS LE CAS OÙ DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES SONT À RÉGLER SANS TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE

Si le praticien ou l'établissement de santé ne télétransmet que les soins sans dépassement et s'il vous facture à part les dépassements d'honoraires sans procéder à la télétransmission, utilisez l'application **sanergi IEG Ma Santé** pour réaliser votre demande de remboursement et téléchargez la photo de votre facture et/ou de votre décompte.

CHAPITRE 8

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS

TABEAU DES GARANTIES

Les garanties de la couverture complémentaire maladie ORA du présent contrat interviennent en complément des garanties prévues par le Régime spécial d'assurance maladie des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime obligatoire).

Toutes les garanties, obligatoires et facultatives, prennent effet sans délai de carence.

Garanties Hospitalisation

EXEMPLE

Pour des honoraires de médecins non OPTAM, la CAMIEG intervient à hauteur de 300% BR. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

Pour connaître votre remboursement total, il conviendra d'additionner les montants de la colonne CAMIEG et de la colonne du contrat base ORA (si vous n'avez que la base ORA sans surcomplémentaire ORA), ou d'additionner les montants de la colonne CAMIEG, de la colonne base ORA et de la colonne surcomplémentaire ORA si vous avez souscrit ce contrat facultatif.



	Assiette	Régime CAMIEG	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
HOSPITALISATION				
Forfait hospitalier journalier	FR / Jour	-	100%	-
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée	BR / Acte	100%	100%	-
(OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération dans la limite de 5 300 € ⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire dans les établissements non conventionnés		Honoraires : 300%		
Honoraires de médecins non signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	BR / Acte	300%	-	-
• 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)	Euros / Nuit	-	130€	-
• Chambre particulière en ambulatoire	Euros / Jour	-	40€	-
• Frais d'accompagnement (sans limitation de durée - enfant -16 ans)	Euros / Jour	-	50€	+10€

(1) La limite ne concerne pas les établissements conventionnés.

CHAPITRE 8

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Soins courants

EXEMPLE

Pour une consultation spécialiste non OPTAM, la CAMIEG intervient à hauteur de 120% BR. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

	Assiette	Régime CAMIEG	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
MÉDICAUX				
CONSULTATIONS, VISITES ET SOINS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	100%	+40%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	60%	-
CONSULTATIONS, VISITES ET SOINS POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	120%	+50%
– Médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	100%	-
RADIOLOGIE				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	100%	+50%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	80%	-
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	100%	+50%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	80%	-



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.

CHAPITRE 8

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Soins courants (SUITE)

	Assiette	Régime CAMIEG	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
MÉDICAMENTS				
MÉDICAMENTS PRESCRITS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
– Médicaments à service médical rendu majeur ou important	BR / Acte	100%	-	-
– Médicaments à service médical rendu modéré	BR / Acte	100%	-	-
– Médicaments à service médical rendu faible	BR / Acte	100%	-	-
MÉDICAMENTS PRESCRITS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
– Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Euros / Acte	-	85€	-
– Moyens de contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : Pilules de 3e et 4e générations	Euros / Acte	-	85€	-
– Pansements	BR / Acte	120%	190%	+50%
MATÉRIEL MÉDICAL				
– Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (Orthèses, prothèses médicales, prothèses)	BR / Acte	120% / 190%	100%	-
		210% / 290%		
– Véhicule pour personne handicapée pris en charge par la Sécurité sociale	Euros / An	250% BR	3300€	-
Honoraires paramédicaux	BR / Acte	120%	80%	+40%
Analyses et examens de laboratoire	BR / Acte	120%	80%	+40%
Transport	BR / Acte	100%	-	-
Analyse hors nomenclature	Euros / An	-	40€	+10€
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%	-	-
Activités de télésurveillance médicale remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%	-	-

CHAPITRE 8

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Optique (Les forfaits des équipements incluent le remboursement de la Sécurité sociale)

EXEMPLE

Pour une monture Adulte Hors 100% Santé, la CAMIEG intervient à hauteur de 35 €. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

	Assiette	Régime CAMIEG	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ¹				
- 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	-	-
ÉQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ 1 – ADULTE				
- Monture	Euros / Monture	35€	65€	-
- Verre simple ²	Euros / Verre	50€	100€	+10€
- Verre complexe ²	Euros / Verre	124€	176€	-
- Verre hypercomplexe ²	Euros / Verre	185€	165€	-
- Prestation d'appairage	BR / Acte	120%	-	-
ÉQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ 1 – ENFANT				
- Monture	Euros / Monture	77€	23€	-
- Verre simple ²	Euros / Verre	43€	100€	+17€
- Verre complexe ²	Euros / Verre	103€	195€	-
- Verre hypercomplexe ²	Euros / Verre	197€	150€	-
- Prestation d'appairage	BR / Acte	120%	-	-
AUTRES				
- Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ³	BR / An	705% BR	300%	+300%
- Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale ⁴	Euros / An	Adulte	300€	+30€
		92,30€		
		Enfant		
		151,20€		
- Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) y compris chirurgie intraoculaire	Euros / An	-	1500€	-

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite des prix de vente au public.

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

(3) Prise en charge par la CAMIEG (RC) à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait.

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

CHAPITRE 8

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Dentaire

EXEMPLE

Pour une prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale, la CAMIEG intervient à hauteur de 495 % BR. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

	Assiette	Régime CAMIEG	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
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 LIBRE¹				
- Consultations et soins dentaires (y compris prévention, chirurgiens- dentistes, détartrage, scellement des sillons et radiologie dentaire hors stomatologie)	BR / Acte	120%	100%	+50%
- Consultations et soins dentaires (Stomatologie)	BR / Acte	120%	100%	+100%
- Inlay onlay	BR / Acte	120%	150%	-
PROTHÈSES - PANIER RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ ET PANIER LIBRE 1				
- Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	495%	300%	+75%
			440€	-
- Couronne sur implant	BR + Euros / Acte	495% BR	Maximum 5 par an et par bénéficiaire	Maximum 5 par an et par bénéficiaire
- Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	Euros / Acte	-	385€	+128€
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES				
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Semestre	360%	300%	+75%
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Euros / An dans la limite de deux fois par an	-	740€	+200€
- Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 1 à 2 dents	PMSS / Acte	-	-	-
- Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 3 dents	PMSS / Acte	-	-	-
- Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : par dent supplémentaire	PMSS / Acte	-	-	-
- Implantologie : maximum 5 par année civile et par bénéficiaires 1	Euros / An	-	1100€	+183€
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale 2	Euros / An	-	580€	-
- Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels	FR / An	-	40% FR	-

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite des prix de vente au public.

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 17 des honoraires limites de facturation fixés.

CHAPITRE 8

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Aides auditives

	Assiette	Régime CAMIEG	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
ÉQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ				
- Aide auditive	FR / Oreille	Prise en charge intégrale	-	-
ÉQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ				
- Aide auditive pour les assurés jusqu'à leur 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	1 700€	-	-
- Aide auditive pour les assurés au-delà du 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	1 700€	-	-
- Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale	Euros / An	120% BR	76€	-

(1) 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 »

(2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

CHAPITRE 8

DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Autres soins

	Assiette	Régime CAMIEG	Base ORA	Surcomplémentaire ORA
MÉDECINE DOUCE				
- Séances d'ostéopathe, acupuncteur, d'étiopathe, de chiropracteur, (Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue)	Euro / Séance limité en séance / An	-	65€ / séance limité à 12 séances / An dans la limite de 90% FR	+5€ / séance limité à 12 séances / An dans la limite de 90% FR
- Consultations de psychologies	Euro / Séance limité en séance / An	-	-	25€ / séance limité à 4 séances /an
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
- Honoraires, Transport et Hébergement	Euros / an	120% BR	460€	-
Ostéodensitométrie	Euros / an	120% BR	123€	-
Equipement handicap	Euros / an		1000€	-
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	BR / Acte	100%	-	-
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, tensiomètres prescrits par un médecin	Euros / an	-	300€	-
SERVICES				
- Réseau de soins	Carte Blanche	-	Inclus	Inclus
- Assistance	Europ assistance	-	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 (CAMIEG : Régime de Base et Régime Complémentaire (RC) ainsi que la Couverture Complémentaire Maladie ORA) ne peut excéder le montant des frais réels.
- La CAMIEG est l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de Sécurité sociale de la branche des IEG.

CHAPITRE 9

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (SUITE)

	Dépense (Frais Réels)	Remboursement CAMIEG	Remboursement Crédit Agricole Assurances	
			Base ORA	Surcomplémentaire ORA
HOSPITALISATION				
Opération Chirurgie Non OPTAM ¹ (Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFMCO03 BR 453,95 €)	1 600€	1361,85€	238,15€	238,15€
▶ Votre reste à charge	-	238,15€	-	-
Chambre particulière	130€	-	130,00€	130,00€
▶ Votre reste à charge	-	130,00€	-	-
SOINS COURANTS ³				
Généraliste : honoraires Non OPTAM ¹ (BR ² 23€)	80€	25,60€	13,80€	13,80€
▶ Votre reste à charge	-	54,40€	40,60€	40,60€
Généraliste : honoraires OPTAM ¹ (BR ² 30€)	50€	34,00€	14,00€	14,00€
▶ Votre reste à charge	-	16,00€	2,00€	2,00€
Spécialiste : honoraires Non OPTAM ¹ (BR ² 23€)	120€	25,60€	23,00€	23,00€
▶ Votre reste à charge	-	94,40€	71,40€	71,40€
Spécialiste : honoraires OPTAM ¹ (BR ² 31,5€)	60€	35,80€	22,20€	22,20€
▶ Votre reste à charge	-	24,20€	2,00€	2,00€
DENTAIRE				
Prothèses dentaires panier libre (BR ² 120€)	1 000€	594,00€	360,00€	406,00€
▶ Votre reste à charge	-	406,00€	46,00€	-
Orthodontie adulte non remboursée par la Sécurité sociale	1 200€	-	740,00€	940,00€
▶ Votre reste à charge	-	1 200,00€	460,00€	260,00€
Implantologie	1 200€	-	1100,00€	1200,00€
▶ Votre reste à charge	-	1 200€	100,00€	-
OPTIQUE ⁴				
Monture	150€	35,03€	65,00€	114,97€
▶ Votre reste à charge	-	114,97€	49,97€	-
Verre simple	200€	50,03€	100,00€	110,00€
▶ Votre reste à charge	-	144,97€	44,97€	34,97€
Verre complexe	310€	124,03€	176,00€	176,00€
▶ Votre reste à charge	-	185,97€	9,97€	9,97€
Chirurgie de l'œil	1 500€	-	1500,00€	1500,00€
▶ Votre reste à charge	-	1 500,00€	-	-
Lentilles (remboursées par la Sécurité sociale, BR 39,48€)	500€	278,33 €	118,44€	221,67€
▶ Votre reste à charge	-	221,67€	103,23€	-
AUTRES SOINS				
Consultation ostéopathie	85€	-	65,00€	70,00€
▶ Votre reste à charge	-	85,00€	20,00€	15,00€

(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.

CHAPITRE 10

DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT



BON À SAVOIR

Votre conjoint et vos enfants affiliés au régime spécial d'assurance maladie des IEG (CAMIEG) bénéficient de la couverture complémentaire maladie ORA¹.

Le conjoint

Est considéré comme bénéficiaire² :



LE CONJOINT MARIÉ



LE PARTENAIRE DE PACS



LE CONCUBIN



LE CONJOINT SÉPARÉ

Affilié au régime spécial d'assurance maladie des IEG (CAMIEG) sous conditions de ressources.

Les enfants

Sont considérés comme bénéficiaires² :



Enfant célibataire âgé de 26 ans au plus ; enfant de l'ancien assuré, de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire de PACS, obtient le bénéfice des garanties se poursuivant jusqu'à la fin de l'année civile de son 26^{ème} anniversaire.



Enfant, âgé de plus de 16 ans, de l'ancien assuré et ceux du conjoint, de son conjoint séparé ou partenaire de PACS ou de son concubin **atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^{ème} anniversaire**.



Enfant, âgé de plus de 16 ans, de l'ancien assuré et ceux du conjoint, ou partenaire de PACS ou de son concubin, **si les enfants sont orphelins partiels de l'ayant droit ou handicapés ou s'ils perçoivent une pension d'un autre régime ou l'Allocation Adulte Handicapé**.

Affiliés au régime spécial d'assurance maladie des IEG (CAMIEG) sous conditions de ressources.

(1) Les ressources annuelles des ayants droit doivent être inférieures ou égales à 1 560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence.

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

CHAPITRE 11

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 alternatif	Au moment de l'adhésion de l'assuré	À la date d'entrée sur le régime alternatif	Sur le bulletin d'affiliation
Au lendemain de la radiation de votre ancien contrat	Dans les 30 jours qui suivent la date de radiation	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via votre espace personnel Ma Santé Demande à compléter selon les cas : • Attestation CAMIEG ; • Certificat de naissance ; • Certificat de mariage ; • Attestation de concubinage/PACS ; • Mandat SEPA complété et signé ; • Certificat de divorce. ... cf. Notice d'information
À la suite d'un évènement (mariage, naissance, divorce, autres) cf. Notice d'information	Dans les 6 mois suivant l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif) À défaut de demande dans les 6 mois de l'évènement, date d'effet au 1 ^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.	
VOUS SOUHAITEZ RADIER UN AYANT DROIT...			
À la suite d'un évènement (divorce, décès, conditions de couverture CAMIEG non remplies, affiliation de l'ancien ayant droit à une couverture propre) cf. Notice d'information	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via votre espace personnel Ma Santé Et à compléter (selon les cas) : - Certificat de décès ; - Certificat de divorce ...

Comment signaler votre changement de situation personnelle ?

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



Grâce à votre application mobile **sanergie^{IEG} Ma Santé**

ou



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

CHAPITRE 11

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 ORA.

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 alternatif du contrat ORA de base	Au moment de l'adhésion du contrat ORA de base	À la date d'entrée sur le régime alternatif du contrat ORA de base	Sur le bulletin d'affiliation
► À la suite de votre adhésion au régime alternatif du contrat ORA de base	Dans un délai de réflexion de 3 mois qui suivent votre adhésion du contrat ORA de base	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 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 premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par l'assureur	
► Au cours de la vie de votre contrat (après le délai de réflexion de 3 mois)	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1 ^{er} janvier de l'année suivante	
► 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 surcomplémentaire	Au 1 ^{er} janvier N+3 suivant la date de résiliation de la précédente surcomplémentaire facultative	• 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	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1 ^{er} janvier de l'année suivante	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	Avant le 31 décembre de l'année en cours	Au 1 ^{er} janvier de l'année N+2	

	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	

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 affilié au régime spécial d'assurance maladie des IEG ou votre enfant.

Base de remboursement

Tarif utilisé par la Sécurité sociale et servant de référence à la CAMIEG pour déterminer le montant de son remboursement.

CAMIEG

Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières gestionnaire du régime spécial d'assurance maladie des Industries Electriques et Gazières (IEG).

La CAMIEG assure vos remboursements sur les deux niveaux du régime spécial des IEG (régime obligatoire et complémentaire).

NOEMIE

Norme informatique (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). NOEMIE accélère les échanges de données avec la CAMIEG 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 et Régime Complémentaire de la CAMIEG.

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-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 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.

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 CAMIEG 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
SANERGI IEG
TSA 70291
28039 Chartres Cedex



Via votre application sanergi IEG Ma Santé



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



Par téléphone

09 72 72 72 50
DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 À 18H00
(numéro non surtaxé, prix d'un appel local)

sanergi **ieg**

Novembre 2026

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, sse 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

Crédit photo : Istock.