

ASSURÉS

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ FAMILLE



GUIDE PRATIQUE CONJOINTS ET ENFANTS NON CAMIEG

AGIR CHAQUE JOUR DANS VOTRE INTÉRÊT
ET CELUI DE LA SOCIÉTÉ



BIENVENUE

Votre avez souscrit un contrat de complémentaire santé auprès 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
CHAPITRE 2	PRÉSENTATION DES COTISATIONS	4
CHAPITRE 3	DÉFINITION DES OUVRANTS DROIT	5
CHAPITRE 4	L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE « MA SANTÉ »	6
CHAPITRE 5	NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN	7
CHAPITRE 6	NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS	9
CHAPITRE 7	NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTÉ LES DIFFICULTÉS	11
CHAPITRE 8	OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ	12
CHAPITRE 9	DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS	14
CHAPITRE 10	EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	23
CHAPITRE 11	MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION D'UNE OPTION	24
	LEXIQUE	26
	CONTACTS	27

CHAPITRE 1

DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Comprendre les remboursements de vos frais de santé

Votre complémentaire santé a été conçue pour vous permettre de :



COMPLÉTER efficacement les remboursements de la Sécurité sociale

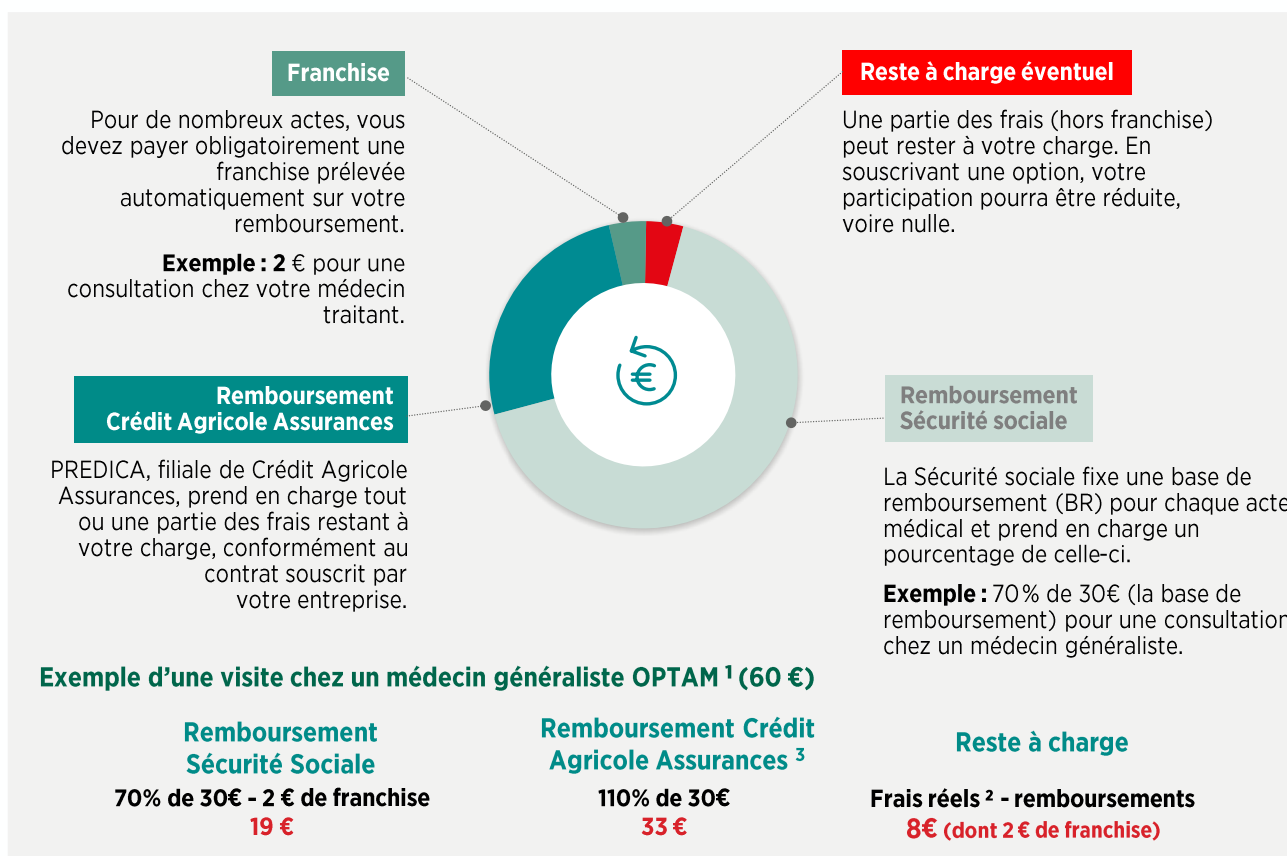


RÉDUIRE ou supprimer votre reste à charge.



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

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



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

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 avancés par l'assuré avant remboursement.

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

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DES COTISATIONS

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 4005€.

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
Adulte	4,95 €	19,49 €	27,98 €
Enfant	2,97 €	11,69 €	16,79 €

CHAPITRE 3

DÉFINITION DES OUVRANTS DROIT



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

Les enfants¹

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



Enfant célibataire jusqu'à la fin de l'année civile de son 26ème anniversaire.

Enfants de moins de 21 ans rattachés au foyer fiscal du salarié statutaire, de son conjoint partenaire de PACS ou de son concubin, ainsi que les enfants de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études.

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

CHAPITRE 4

L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE « MA SANTÉ »

Votre allié santé au quotidien

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



ÊTRE ACTEUR DE VOTRE SANTÉ AU QUOTIDIEN

- Envoyez vos factures et justificatifs
- Suivez vos remboursements
- Gérez votre contrat et vos bénéficiaires
- Consultez vos garanties



DES SERVICES À PORTÉE DE MAIN

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



COMMENT FAIRE POUR ACCÉDER À MA SANTÉ ?

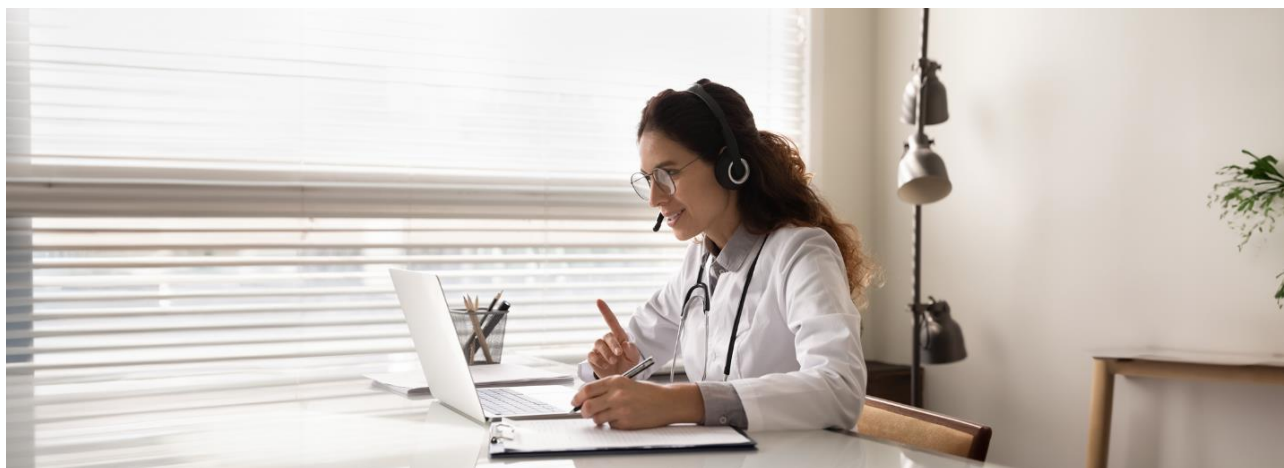
Si vous avez effectué votre adhésion en ligne : téléchargez l'application Ma Santé ou connectez-vous sur espace.ca-masante.fr, et accédez à votre espace avec votre numéro d'adhérent et mot de passe personnalisé.

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

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

CHAPITRE 5

NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN



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

Accès à une consultation médicale réalisée avec un médecin 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 téléphone²
- Par visioconférence
- Par chat



Rappel sous 30 minutes ou prise de rendez-vous

- Accessible en illimité
- 8h/21h, 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 5

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 Ma Santé.

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 l'application Ma Santé.

Carte
blanche
partenaires



UN PRATICIEN PARTENAIRE
PRÈS DE VOTRE DOMICILE



DES TARIFS
PRÉFÉRENTIELS

LES + DU RÉSEAU OPTIQUE AVEC L'OFFRE PRYSME¹

- 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 réseaux Carte Blanche.

CHAPITRE 6

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

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-Will, 75009 Paris.

CHAPITRE 6

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 Ma Santé

Un parcours simple, pour vous concentrer sur l'essentiel

1. Rendez-vous sur votre espace sécurisé **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 7

NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTÉ LES DIFFICULTÉS

Un accompagnement complet en cas de décès¹

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



Dans l'organisation des obsèques

Accompagnement dans la relation avec les pompes funèbres



Dans les démarches administratives

Recensement de l'ensemble des démarches à effectuer



Dans l'accompagnement « après »

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

Aide aux aidants, un soutien pour un quotidien plus serein

Vous vous occupez d'un proche dépendant ? Avec Crédit Agricole Assurances, vous n'êtes pas 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

(1) PREVEISO Obsèques, Service d'assistance Funéraire du Crédit Agricole, SA au capital de 500 000 € - 409 463 866 RCS Paris. 16-18 bd Vaugirard 75015 Paris - Habilitation Funéraire N° 21-75-244 - Tél. : 08 00 05 05 04 - Fax : 01 40 25 55 99.
PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, filiale de Crédit Agricole Assurances -S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934 935 euros -Siège social : 16-18 Boulevard de Vaugirard, 75015 Paris, SIREN 334 028 123 RCS Paris.

CHAPITRE 8

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 Sécurité Sociale et votre complémentaire Santé. Cela permet notamment de transmettre vos décomptes santé de la Sécurité Sociale vers votre complémentaire Santé sans échange de papier.

Comment savoir si la télétransmission est active ?

Pour savoir si la télétransmission est active entre la Sécurité Sociale et votre Centre de Gestion, il suffit de regarder sur l'un de vos décomptes santé de la Sécurité Sociale s'il est bien mentionné « Ce décompte a été transmis à votre complémentaire Santé » (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 Gestion¹.

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 Sécurité Sociale et/ou votre complémentaire Santé qui règle directement le professionnel de santé.

Comment bénéficier du tiers payant ?

Pour bénéficier du tiers payant sur la prestation de votre complémentaire Santé, 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 de votre complémentaire santé 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 Ma Santé

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 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 8

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 Sécurité Sociale
		
Consultations	-	Décompte de la Sécurité Sociale
Laboratoire et radiologie	Facture acquittée pour les analyses hors nomenclature	Décompte de la Sécurité Sociale + Facture acquittée
Médicaments non remboursés	-	Ordonnance du médecin + Facture acquittée
	OPTIQUE	
Verres et monture	Facture acquittée + Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)	Décompte de la Sécurité Sociale+ Facture acquittée + Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée	Décompte de la Sécurité Sociale+ Facture acquittée
Lentilles de contact correctrices, non remboursées par la Sécurité sociale	Copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste de moins de 3 ans + Facture originale acquittée	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 Sécurité Sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale ¹	Facture acquittée	Décompte de la Sécurité Sociale+ Facture acquittée
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale ¹	Facture acquittée	Décompte de la Sécurité Sociale+ 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 Sécurité Sociale+ Facture acquittée
Cures thermales	Facture acquittée de l'établissement thermal + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)	Facture acquittée de l'établissement thermal + Décompte de la Sécurité Sociale + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)
Médecine douce 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 **Ma Santé** pour réaliser votre demande de remboursement et téléchargez la photo de votre facture et/ou de votre décompte.

CHAPITRE 9

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 %	120 % / 100 %	+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%

CHAPITRE 9

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.

CHAPITRE 9

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)

CHAPITRE 9

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	-	150€	150 €
- 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 €	-	150 €	150 €
- 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

CHAPITRE 9

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%

CHAPITRE 9

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.

CHAPITRE 9

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

CHAPITRE 9

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	PMSS / AN	-	3,85% PMSS	-	-	-
Test Hémoccult, tensiomètre prescrits par un médecin						
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 €	350,00 €	350,00 €
12,25 et +	239,00 €	227,00 €	266,00 €	348,00 €	350,00 €	350,00 €

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 €	350,00 €	295,00 €	289,00 €
6,25-8	221,00 €	263,00 €	300,00 €	350,00 €	295,00 €	289,00 €
8,25-12	221,00 €	263,00 €	300,00 €	350,00 €	350,00 €	350,00 €
12,25 et +	300,00 €	263,00 €	300,00 €	350,00 €	350,00 €	350,00 €

LÉGENDE : (A)

- Verre Simple
- Verre complexe
- Verre très complexe

*Dans le respect du contrat responsable

CHAPITRE 10

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 (Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFMCO03 BR 453,95 €)	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 COURANTS³						
Généraliste : honoraires Non OPTAM ¹ (BR ² 23€)	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 (BR ² 30€)	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 (BR ² 23€)	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 (BR ² 31,5€)	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 (BR ² 120€)	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 €	-
OPTIQUE⁴						
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 (remboursées par la Sécurité sociale, BR 39,48€ par œil)	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.

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.

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 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)	
▶ 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. Demande à compléter en cas de changement de situation personnelle :
▶ 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	<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.
▶ 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)	... cf. Notice d'information

CHAPITRE 11

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. ... cf. Notice d'information

Lexique

Base de remboursement

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

Sécurité sociale

Régime obligatoire d'assurance maladie auquel vous êtes rattachés.

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

Franchise hospitalière

Ticket modérateur équivalent à 20% du tarif hospitalier pour les actes inférieurs à 120€. Au-delà, l'assuré participe à hauteur de 24€.

NOEMIE

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

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

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

Ce PMSS sert au calcul de certaines prestations forfaitaires. Cette valeur est fixée par arrêté et varie tous les ans.

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

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

Praticien secteur 1

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

Praticien secteur 2

Les praticiens qui exercent en secteur 2 fixent eux-mêmes leurs tarifs : ils sont conventionnés à honoraires libres. L'Assurance maladie rembourse le prix de la consultation sur la base du tarif du secteur 1. On parle de praticiens pratiquant des dépassements d'honoraires.

Ticket modérateur

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

Tiers payant

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

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

Frais Réels (FR)

Montant total des actes et prestations facturés.

Vos contacts Crédit Agricole Assurances



Par courrier

CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX



Via votre application Ma Santé



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



Par téléphone

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



Via votre nouvelle plateforme vidéo.

Découvrez des [tutoriels](#) pour vous accompagner

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

