ASSURÉS

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

GUIDE PRATIQUE

AGIR CHAQUE JOUR DANS VOTRE INTÉRÊT
ET CELUI DE LA SOCIÉTÉ

Groupe AGRICA

BIENVENUE

VOTRE ENTREPRISE A SOUSCRIT UN CONTRAT DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AUPRÈS DE PREDICA, FILIALE DE CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES ET AGRICA AFIN DE VOUS AIDER À GÉRER VOS DÉPENSES DE SANTÉ AU QUOTIDIEN.

CE GUIDE A POUR VOCATION DE VOUS ACCOMPAGNER DANS VOS DÉMARCHES.

VOUS Y TROUVEREZ TOUTES LES INFORMATIONS RELATIVES À VOS GARANTIES, AUX MODALITÉS DE VOS REMBOURSEMENTS ET AUX SERVICES MIS À VOTRE DISPOSITION.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 **DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ** 3

COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ 3

CHAPITRE 2 **L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE « MA SANTÉ »** 4

CHAPITRE 3 **ZOOM SUR LES SERVICES SANTÉ PRATIQUES** 5

CHAPITRE 4 **OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ** 7

VOS REMBOURSEMENTS LORSQUE LA SÉCURITÉ SOCIALE INTERVIENT 7

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR VOTRE REMBOURSEMENT 8

CHAPITRE 5 **DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT** 9

CHAPITRE 6 **MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RADIATION DE VOTRE FAMILLE** 10

CHAPITRE 7 **MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RÉSILIATION DE L'OPTION** 11

LEXIQUE 12

CONTACTS 13

CHAPITRE 1
DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE

Comprendre les remboursements de vos frais de santé

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

COMPLÉTER efficacement les remboursements de la Sécurité sociale afin de réduire voire de supprimer votre reste à charge.

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

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

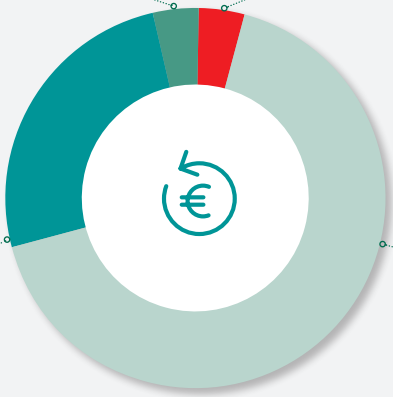
Consultez votre Notice d'Information pour accéder à votre grille de garanties.

Franchise

Pour de nombreux actes, vous devez payer obligatoirement une franchise.
Exemple : 1 € pour une consultation chez votre médecin traitant.

Reste à charge éventuel

Une partie des frais outre la franchise peut rester à votre charge. En souscrivant une option, votre participation pourra être réduite, voire nulle.



Remboursement Crédit Agricole Assurances

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

Remboursement Sécurité sociale

La Sécurité sociale fixe une base de remboursement (BR) pour chaque acte médical et prend en charge un pourcentage de celle-ci.
Exemple : 70% de la base de remboursement sur des consultations d'un médecin généraliste.

NEW

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

Réduction du délai de traitement de vos remboursements :
- à 24 heures[1] pour les soins de médecine douce,
- à 72 heures[1] pour l'ensemble des soins suivants : prothèses dentaires, soins dentaires, optique, hospitalisation, maternité, cure.

BON À SAVOIR

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

(1) 24/72 h, jours ouvrés, après réception du flux Noémie et/ou facture acquittée, hors délais bancaires.

CHAPITRE 2
L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE « MA SANTÉ »

Gérer votre santé au quotidien, simplement

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

VOS DÉMARCHES EN QUELQUES CLICS

- Accédez à votre carte de tiers payant
- Envoyez vos justificatifs
- Suivez vos remboursements
- Réalisez une demande de prise en charge
- Consultez vos garanties

VOS SERVICES ADAPTÉS À VOS BESOINS SANTÉ

- Échangez avec un médecin à distance par téléphone ou visio-conférence 7j/7 24h/24[1]
- Géolocalisez un professionnel de santé recommandé
- Accédez au réseau de soins optique, audioprothèse et dentaire
- Anticipez vos dépenses santé grâce au simulateur de remboursement

VOTRE ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ LORS D'UNE HOSPITALISATION

- Faites votre demande de prise en charge
- Bénéficiez d'un accompagnement personnalisé
- Consultez la liste des garanties d'assistance en fonction de votre situation[2]

europ assistance
you live we care

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

COMMENT FAIRE POUR ACCÉDER À « MA SANTÉ » ?

Si vous avez effectué votre adhésion en ligne, **téléchargez l'application « Ma Santé »** ou **connectez-vous sur espace.ca-masante.fr**, et accédez à votre espace avec votre numéro d'adhérent et mot de passe personnalisé. Sinon, cliquez sur « Première connexion » et complétez le formulaire pour générer vos codes d'accès.

(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, etc.). (2) Selon les conditions prévues par votre contrat.

CHAPITRE 3
ZOOM SUR LES SERVICES SANTÉ PRATIQUES

Hospiclair, votre service hospitalisation

Pour vous accompagner, le digital s'associe à l'humain lors de votre prise en charge hospitalière.

Nos objectifs : vous rassurer, vous accompagner, vous assister.

Vous êtes appelé(e) par Crédit Agricole Assurances pour :	• Vous confirmer la bonne réception de votre demande de prise en charge • Vous expliquer l'activation du tiers payant en vue de l'hospitalisation
Nous sommes à vos côtés pour vous garantir un accompagnement adapté :	• Vous expliquer les démarches à effectuer (envoi de devis, envoi de factures) via **« Ma Santé »** • S'assurer du bon traitement du devis • Vulgariser les garanties et déterminer votre reste à charge
Nous vous proposons des services d'assistance suivant vos besoins :	• Nous vous présentons les garanties auxquelles vous avez droit et vous orientons vers Europ Assistance pour faciliter vos démarches • Vous déclenchez vos services d'assistance sur simple appel (aide-ménagère au domicile de l'assuré, assistance aux enfants et petits-enfants de moins de 15 ans[1])

Un accès au réseau de soins Carte Blanche

Le réseau de soins Carte Blanche, c'est :

LES + DU RÉSEAU OPTIQUE

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

LES + DU RÉSEAU DENTAIRE

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

LES + DU RÉSEAU AUDIOPROTHÈSE

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

(1) Jusqu'à 9 h réparties sur 3 semaines. 3 h minimum par intervention. Garde à domicile, conduite à l'école, taxi pour les activités extra-scolaires. Selon les conditions prévues par votre contrat.

CHAPITRE 3
ZOOM SUR LES SERVICES SANTÉ PRATIQUES (SUITE)

Échanger avec un médecin à distance, partout, à tout moment

Accès à une consultation médicale réalisée avec un médecin généraliste[1]

Consultations à distance accessibles :

- par téléphone
- par visioconférence depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone

Immédiatement ou sur rendez-vous

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

Sans aucune avance de frais

Dans le respect du secret médical (service confidentiel)

NEW

ET POUR ALLER PLUS LOIN : LA CONSULTATION À DISTANCE D'UN DERMATOLOGUE !

Service plébiscité par les assurés avec la possibilité d'envoyer une photo en amont de la consultation.

Les Services d'assistance

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

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

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

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

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

Vous êtes hospitalisé en ambulatoire et devez rester immobilisé plus de 5 jours[2]

Exemples de prestations : aide ménagère, garde d'enfants ou d'ascendants dépendants...

Vous êtes aidant[2]

Exemples de prestations : soutien psychologique, aide à la recherche de solution de répit...

UN ACCOMPAGNEMENT EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Une enveloppe de services à domicile et de transport

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

Un accompagnement à la réinsertion professionnelle

(1) Retrouvez les dispositions complètes au sein de votre Notice d'Information. (2) Services disponibles à partir du 1er janvier 2022. La liste des services présentée n'est pas exhaustive, d'autres services sont disponibles dans votre contrat.

CHAPITRE 4
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ

La télétransmission NOEMIE

Qu'est-ce que la télétransmission NOEMIE ?
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 Plansanté ».
Si la télétransmission ne fonctionne pas et que vous souhaitez la mettre en place, n'hésitez pas à contacter votre Centre de Gestion.

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

Vos remboursements lorsque la sécurité sociale intervient

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

	Télétransmission NOEMIE	Documents à transmettre au Centre de Gestion pour obtenir le remboursement
1 **Pas de tiers payant** Vous avez payé 25 €	Active	Aucune démarche à faire. Remboursement automatique
	Non active	Décompte Sécurité sociale
2 **Tiers payant partiel** Vous avez payé le TM[2], soit 7,50 €	Active	Facture acquittée
	Non active	Facture acquittée + décompte Sécurité sociale
3 **Tiers payant total** Vous n'avez rien payé	Aucune démarche à faire	

POUR ACCÉLÉRER LE TRAITEMENT DE VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT :
Utilisez l'application Crédit Agricole **« Ma Santé »** et chargez la photo du justificatif prise avec votre smartphone.

BON À SAVOIR
Lorsque la Sécurité sociale n'intervient pas, envoyez votre facture à votre Centre de Gestion.
Dans certains cas, un justificatif supplémentaire peut être demandé. Vous en trouverez le détail en page suivante.

(1) Dans le cas ou le professionnel de santé ne prend pas la Carte Vitale, une feuille de soins est à adresser systématiquement à la Sécurité sociale, puis la complémentaire santé intervient automatiquement si la télétransmission est active. (2) TM : Ticket Modérateur

CHAPITRE 4
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

Liste des pièces justificatives à fournir pour votre remboursement

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

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

BON À SAVOIR

Pour les soins dont les coûts sont importants, pensez à demander des devis auprès des professionnels de santé et à les transmettre à votre Centre de Gestion via l'application « Ma Santé » ou via votre espace web espace.ca-masante.fr (rubrique « envoyer un devis ») afin de connaitre le remboursement.
Le Centre de Gestion se réserve le droit de demander les documents originaux.

CHAPITRE 5
DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT

Le conjoint

Est considéré comme bénéficiaire :

LE CONJOINT MARIÉ

LE PARTENAIRE DE PACS

LE CONCUBIN

Les enfants

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

Les enfants de moins de 21 ans, rattachés au foyer fiscal de l'assuré, de son conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, ou qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC.

Cette limite d'âge est prolongée jusqu'à 28 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et bénéficient du Régime des étudiants ;

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

Quel que soit leur âge, les enfants de l'assuré et ceux du conjoint, ou partenaire de PACS ou de son concubin, **s'ils perçoivent une des allocations pour adultes en situation de handicap** (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21e anniversaire.

BON À SAVOIR

Si vous le souhaitez, vous pouvez faire adhérer votre conjoint et vos enfants au régime frais de santé.

CHAPITRE 6
MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RADIATION DE VOTRE FAMILLE

Comment ajouter ou radier un ayant droit ?

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ AJOUTER UN AYANT DROIT...			
→ Lors de votre adhésion au régime obligatoire	Au moment de l'adhésion	À la date d'entrée sur le régime obligatoire	**Sur le portail de primo-adhésion ou sur le bordereau qui vous a été transmis par votre entreprise** - Attestation Carte Vitale du/des bénéficiaire(s) Et à compléter (selon les cas) : - Certificat de naissance - Certificat de mariage - Attestation de concubinage / PACS ... **cf. Notice d'information**
→ À la suite d'un évènement (mariage, naissance, autres) **cf. Notice d'information**	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif) ou le 1er jour du mois qui suit	
→ À la suite de la radiation par le précédent organisme assureur	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Au lendemain de la radiation	

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ RADIER UN AYANT DROIT...			
→ À la suite d'un évènement (divorce, décès, autres) **cf. Notice d'information**	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	**Par simple demande écrite auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants** Et à compléter (selon les cas) : - Certificat de décès - Certificat de divorce ...

Comment signaler votre changement de situation personnelle ?

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

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

OU

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

CHAPITRE 7
MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RÉSILIATION D'UNE OPTION

Les options facultatives

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
SOUSCRIRE UNE OPTION FACULTATIVE…			
→ Lors de votre adhésion au régime obligatoire	Au moment de l'adhésion	À la date d'entrée sur le régime obligatoire	**Sur le portail de primo-adhésion ou sur le bordereau qui vous a été transmis par votre employeur**
→ À la suite de votre adhésion au régime obligatoire	Dans les 3 mois qui suivent votre adhésion	Le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande	**Par simple demande écrite auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants** Demande à compléter en cas de changement de situation personnelle : - Certificat de naissance - Certificat de mariage - Attestation de concubinage / PACS - Certificat de divorce … **cf. Notice d'information**
→ À la suite d'un évènement (mariage, naissance, divorce, autres) **cf. Notice d'information**	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	
→ Au cours de la vie de votre contrat (après 3 mois d'adhésion)	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année suivante	
→ Vous aviez déjà résilié une option facultative	Avant le 31 octobre de l'année N+2 **Franchise de 2 ans à respecter à compter de la précédente résiliation d'option**	Au 1er janvier N+3 suivant la date de résiliation de l'option facultative	

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ CHANGER D'OPTION FACULTATIVE…			
→ Avec des garanties supérieures	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année N+1	**Par simple demande écrite auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants**
→ Avec des garanties inférieures	Avant le 31 décembre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année N+2	

BON À SAVOIR

Une option vous permet de bénéficier de meilleures garanties sur certaines prestations. Elle est à votre charge et bénéficie également à vos ayants droit.

Lexique

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

Base de remboursement
Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de vos remboursements de frais de santé.

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

Établissement conventionné
Etablissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme de Sécurité sociale.

Forfait journalier hospitalier
Somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.
Il permet de participer aux frais de fonctionnement de l'établissement hospitalier.

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

NOEMIE
Norme informatique (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). NOEMIE accélère les échanges de données avec les caisses 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-reference/plafond-securite-sociale

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

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

Ticket modérateur
C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la 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 Réel (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)

AGIR CHAQUE JOUR DANS VOTRE INTÉRÊT
ET CELUI DE LA SOCIÉTÉ

Groupe AGRICA

Novembre 2021.
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. **AGRICA**, Groupement d'Intérêt Economique regroupant les institutions paritaires de retraite et de prévoyance AGRI PREVOYANCE, Alliance professionnelle retraite Arrco, Alliance professionnelle retraite Agirc, CCPMA PREVOYANCE, CPCEA - siège social : 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 - RCS Paris n°493 373 682 - Siret n°493 373 682 00019. Les services d'assistance sont assurés par : Europ Assistance - S.A, Société Anonyme au capital de 46 926 941 €, entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1, promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS. Crédit photo : Istock.