



L'essentiel de la Complémentaire Santé - Formule Bien-Être

L'Assurance Complémentaire Santé, contrat assuré par Pacifica (filiale d'assurances dommages du groupe Crédit Agricole Assurances), permet de couvrir vos principaux frais de santé en complément du remboursement proposé par votre Régime Obligatoire (R.O).

CONDITIONS

La limite d'âge de souscription est fixée à 69 ans révolus.

SOINS COURANTS

- Un remboursement de **vos honoraires médicaux**, frais d'analyses et frais de radios, dans la limite de 150 % du Tarif de Base de l'Assurance Maladie, participation du régime obligatoire comprise, et dans la limite des frais réels.
- Une prise en charge **des médicaments prescrits remboursés** par le régime obligatoire dans la limite de 100 % du Tarif de Base de l'Assurance Maladie, participation du régime obligatoire comprise, et dans la limite des frais réels.
- Une prise en charge **des médicaments prescrits non remboursés** par le régime obligatoire dans la limite de 75 % des frais réels et de 150€ par an et par bénéficiaire.
- Un remboursement de **vos consultations** chez l'acupuncteur, le psychanalyste/le psychologue, l'ostéopathe, l'étiopathe, le chiropracteur, le diététicien, pédicure/podologue, jusqu'à 30 € par acte et par assuré dans la limite de 150€ par an et par bénéficiaire.

HOSPITALISATION

Une prise en charge des frais hospitaliers dans la limite de 150 % du Tarif de Base de l'Assurance Maladie, participation du régime obligatoire comprise, et dans la limite des frais réels.
Un forfait chambre individuelle de 50 € par jour, lit accompagnant de 25 € par jour (pour un enfant hospitalisé de moins de 12 ans), télévision de 160 € par an et par bénéficiaire.

PROTHÈSES

Une base de remboursement et un forfait pour chacun des domaines suivants : prothèses dentaires et orthodontie, frais d'optique, autre prothèse (auditive, orthopédique ainsi que tout autre appareillage accepté par le régime obligatoire), dans la limite de 150 % du Tarif de Base de l'Assurance Maladie + un forfait de 300 € par an et par bénéficiaire, participation du régime obligatoire comprise, et dans la limite des frais réels.

CURE THERMALE

Une prise en charge des cures thermales dans la limite de 150 % du Tarif de Base de l'Assurance Maladie + un forfait de 300€ par an et par bénéficiaire, participation du régime obligatoire comprise, et dans la limite des frais réels.

ALLOCATION MATERNITÉ

Un versement d'une indemnité forfaitaire de 300 € liée aux frais d'accouchement si la mère est assurée au contrat.

ASSISTANCE SANTÉ

Diverses prestations d'assistance vous sont proposées en cas d'hospitalisation, de maladie, de blessure ou de convalescence : garde des enfants, aide-ménagère, aide-maternelle, acheminement des médicaments...
Pour connaître l'ensemble des prestations d'assistance, reportez-vous aux conditions générales.

CONSEIL +

Un service spécialisé est à votre disposition pour répondre à vos questions dans les domaines de la santé et vous aider à dialoguer avec les professionnels de santé au 01 83 82 00 10 (coût d'un appel local) : information médicale, analyse de devis dentaires et optiques...



Bon à savoir

REMBOURSEMENT

Avec la carte Tiers-payant, vous n'avez aucuns frais à avancer (pharmacies, optiques, hôpitaux, ...), et vous êtes rapidement remboursé grâce à la télétransmission (temps réel ou sous 48h à réception du décompte).

CAGNOTTE URGENCE

En cas d'hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs, vous bénéficiez d'une cagnotte que vous pouvez utiliser librement. Elle est constituée d'un montant initial de 300 € qui augmente de 100 € chaque année (maximum 1 000 €).
La cagnotte urgence est acquise à chaque personne assurée et elle est réinitialisée à 300 € après utilisation.

EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE

Pour une consultation chez un médecin traitant facturée à 23 €, le Régime Obligatoire rembourse 70 % de la consultation moins la contribution forfaitaire obligatoire de 1 €, soit 15,10 € (70 % x 23 € - 1 €).
La part remboursée par la complémentaire Santé est, elle, de 6,90 € (23 € - 15,10 € - 1 €).
À noter qu'avec la formule Bien-Être, les dépassements d'honoraires sont pris en charge jusqu'à 50 % au-delà du tarif de responsabilité.

Retrouvez l'ensemble des caractéristiques de ce produit dans les conditions générales et le cas échéant dans la confirmation d'adhésion.



Au Crédit Agricole, vous avez le droit de changer d'avis

Vous avez la possibilité de renoncer à la souscription de votre contrat pendant un délai de 30 jours calendaires. Ce délai court à compter du jour de la conclusion de votre contrat. Important :

- ce droit de renonciation ne s'applique pas si vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat pendant le délai de renonciation.
- le remboursement de la période non courue s'effectuera au prorata temporis, les frais de gestion restant acquis à Pacifica.

Pour renoncer à votre contrat, il vous suffit d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à votre Caisse régionale, en respectant le délai de 30 jours calendaires.



Le bon sens a de l'avenir.

PACIFICA est une entreprise régie par le Code des assurances. Société anonyme au capital de 249.194.475 € entièrement libéré. Siège social : 8/10 Boulevard de Vaugirard – 75724 Paris Cedex 15. 352 358 865 RCS Paris.

Caisse Régionale de Crédit Agricole Mutuel Provence Côte d'Azur. Société coopérative à capital variable, agréée en tant qu'établissement de crédit. Siège social situé Avenue Paul Arène - Les Négadis-83300 DRAGUIGNAN. RCS DRAGUIGNAN 415 176 072. Garantie financière et Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L512-6 et L-512-7 du code des assurances. Société de courtage d'assurance immatriculée au Registre des Intermédiaires en Assurance sous le n° 07 005 753 et consultable sur www.orias.fr