

## 1. LE DÉTAIL DE VOS GARANTIES

Votre employeur a négocié pour vous un nouveau contrat collectif santé chez Crédit Agricole Assurances avec un socle de base sur la base d'une structure Salarié + enfant(s) à charge/Conjoint et 2 options facultatives permettant le renforcement de vos garanties, sur la base d'une structure de cotisation Salarié + enfant(s) à charge/Conjoint.

Les garanties s'entendent remboursements de Sécurité sociale inclus sauf précision contraire.

CHIRURGIE - HOSPITALISATION MEDECINE, PSYCHIATRIE, CHIRURGIE ET OBSTETRIQUE	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Frais de séjour	BR	200 %	200 %	300 %
Honoraires médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	BR	220 %	220 %	400 %
Honoraires médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (NON CAS)	BR	200 %	200 %	200 %
Forfait actes lourds		FR	FR	FR
Forfait journalier hospitalier <i>Sans limitation de durée dans les établissements de santé</i>		FR	FR	FR
Chambre particulière <i>En € / jour, plafonnés à 60 jours / année civile</i>		100 % FR dans la limite de 60 €	100 % FR dans la limite de 90 €	100 % FR dans la limite de 110 €
Frais d'accompagnement (y compris lit) <i>En € / jour, plafonnés à 60 jours / année civile</i> <i>Enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans</i>		100 % FR dans la limite de 60 €	100 % FR dans la limite de 90 €	100 % FR dans la limite de 90 €
Les garanties en % BR incluent le remboursement de la Sécurité sociale				

// BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale / FR = Frais réels // PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2017 : estimé à 3 282,36 €) // RSS = Remboursement de la Sécurité Sociale

SOINS MEDICAUX COURANTS	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Consultations - visites Généraliste (CAS)	BR	150 %	220 %	300 %
Consultations - visites Généraliste (NON CAS)	BR	130 %	200 %	200 %
Consultations - visites Spécialiste (CAS)	BR	220 %	300 %	400 %
Consultations - visites Spécialiste (NON CAS)	BR	200 %	200 %	200 %
Pharmacie - Médicaments à service médical rendu majeur ou important Pharmacie - Médicaments à service médical rendu modéré	BR	100 %	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux	BR	100 %	100 %	125 %
Analyses	BR	100 %	100 %	125 %
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) (CAS)	BR	170 %	170 %	300 %
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) (NON CAS)	BR	150 %	150 %	200 %
Imagerie médicale (CAS)	BR	145 %	170 %	300 %

# Votre Contrat de SANTÉ COLLECTIVE

## DOCUMENT SALARIÉ

SOINS MEDICAUX COURANTS	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Imagerie médicale (NON CAS)	BR	125 %	150 %	200 %
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	BR	100 %	100 %	125 %
<i>Les garanties en % BR incluent le remboursement de la Sécurité sociale</i>				

// **BR** = Base de remboursement de la Sécurité Sociale / **FR** = Frais réels // **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2017 : estimé à 3 282,36 €) // **RSS** = Remboursement de la Sécurité Sociale

OPTIQUE	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Enfant				
Monture	Euros	75 €	100 €	100 €
Verre simple foyer, Sphérique (par verre)				
Sphère -6 à +6	Euros	50 €	60 €	110 €
Sphère -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Euros	85 €	95 €	165 €
Sphère <-10 ou >+10	Euros	90 €	100 €	175 €
Verre simple foyer, Sphéro-cylindrique (par verre)				
Cylindre ≤+4 sphère de -6 à +6	Euros	60 €	70 €	120 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6 ou >+6	Euros	90 €	100 €	175 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	Euros	100 €	110 €	185 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	Euros	110 €	120 €	195 €
Verre multi-focal ou progressif sphérique (par verre)				
Sphère de -4 à +4	Euros	115 €	125 €	225 €
Sphère < -4 ou >+4	Euros	125 €	135 €	285 €
Verre multi-focal ou progressif sphéro-cylindrique (par verre)				
Sphère de -8 à +8	Euros	135 €	145 €	245 €
Sphère < -8 ou >+8	Euros	145 €	155 €	295 €

Adulte				
Monture	Euros	100 €	150 €	150 €
Verre simple foyer, Sphérique (par verre)				
Sphère -6 à +6	Euros	80 €	90 €	145 €
Sphère -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Euros	90 €	100 €	200 €
Sphère <-10 ou >+10	Euros	100 €	110 €	210 €
Verre simple foyer, Sphéro-cylindrique (par verre)				
Cylindre ≤+4 sphère de -6 à +6	Euros	90 €	100 €	155 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6 ou >+6	Euros	100 €	110 €	210 €

# Votre Contrat de SANTÉ COLLECTIVE

## DOCUMENT SALARIÉ

OPTIQUE	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	Euros	110 €	120 €	220 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	Euros	120 €	130 €	230 €
Verre multi-focal ou progressif sphérique (par verre)				
Sphère de -4 à +4	Euros	140 €	160 €	260 €
Sphère < -4 ou >+4	Euros	150 €	170 €	320 €
Verre multi-focal ou progressif sphéro-cylindrique (par verre)				
Sphère de -8 à +8	Euros	160 €	180 €	280 €
Sphère < -8 ou >+8	Euros	170 €	190 €	330 €
Lentilles prescrites prises en charge ou non par la Sécurité sociale <i>y compris jetables</i>				
	Euros	100 €/an et /bénéficiaire Avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur pour les lentilles prises en charge	200 €/an et /bénéficiaire Avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur pour les lentilles prises en charge	225 €/an et /bénéficiaire Avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur pour les lentilles prises en charge
Chirurgie réfractive <i>En € / oeil</i>	Euros	700 €	750 €	750 €

// **BR** = Base de remboursement de la Sécurité Sociale / **FR** = Frais réels // **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2017 : estimé à 3 282,36 €) // **RSS** = Remboursement de la Sécurité Sociale

DENTAIRE	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Consultations et soins dentaires	BR	100 %	100 %	100 %
Soins dentaires avec dépassement (y compris Inlay/Onlay)	BR	200 %	200 %	250 %
Prothèses dentaires remboursées : dents du sourire <sup>(1)</sup>	BR	300 %	450 %	500 %
Prothèses dentaires remboursées : dents de fond de bouche <sup>(2)</sup>	BR	200 %	350 %	375 %
Inlay core	BR	200 %	200 %	250 %
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale <i>/an et /bénéficiaire</i>	Euros	200 €	300 €	350 €
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale <sup>(3)</sup>	BR	300 %	350 %	400 %
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale <i>En % BR reconstituée sur la base d'un TO90</i>	BR	250 %	250 %	250 %

# Votre Contrat de SANTÉ COLLECTIVE

## DOCUMENT SALARIÉ

DENTAIRE	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Implantologie <i>En €/an et /bénéficiaire</i>	Euros	500 €	500 €	1 000 €
Parodontologie, endodontie non prises en charge par la Sécurité sociale	Euros	200 € / an	300 € / an	300 € / an
<p><i>Le remboursement inclut le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale, l'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, l'implantologie, la parodontologie et l'endodontie non prises en charge par la Sécurité sociale.</i></p> <p><i>(1) Dents du sourire : incisives, canines, prémolaires en bas de 45-35 et en haut 25-15</i></p> <p><i>(2) Dents de fond de bouche : molaires, dents de sagesse en bas de 48-46 et 38-36 et en haut 18-16 et 28-26</i></p> <p><i>(3) Au-delà de 25 ans, les traitements à visée purement esthétique ne seront pas pris en charge</i></p>				

// **BR** = Base de remboursement de la Sécurité Sociale / **FR** = Frais réels // **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2017 : estimé à 3 282,36 €) // **RSS** = Remboursement de la Sécurité Sociale

AUTRES SOINS	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Grands et petits appareillages pris en charge par la Sécurité sociale <i>Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils</i>	BR	200 %	200 %	225 %
Prothèses auditives prises en charge par la Sécurité sociale <i>En % BR + € / an</i>		600 € par oreille 2 prothèses par an max avec un minimum de 100 % BR	1000 € par oreille 2 prothèses par an max avec un minimum de 100 % BR	1000 € par oreille 2 prothèses par an max avec un minimum de 100 % BR
Actes de prévention <i>Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale</i>	BR	100 %	100 %	100 %
<i>Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale.</i>				

// **BR** = Base de remboursement de la Sécurité Sociale / **FR** = Frais réels // **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2017 : estimé à 3 282,36 €) // **RSS** = Remboursement de la Sécurité Sociale

PACK PLUS	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Séances d'ostéopathie, acupuncture, diététicien, étiopathie, chiropractie, de podologie / pédicure, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie, psychologue, psychomotricien, tabacologue <i>En € / séance</i>	Euros	25 €/séance <i>Dans la limite de 3 séances/an</i>	40 €/séance <i>Dans la limite de 4 séances/an</i>	40 €/séance <i>Dans la limite de 4 séances/an</i>
Pharmacie - Médicaments à service médical rendu faible	BR	100 %	100 %	100 %
Patch anti tabac <i>/an et /bénéficiaire</i>	Euros	-	50 €	50 €
Contraception féminine <i>/an et /bénéficiaire</i>	Euros	-	50 €	50 €
Vaccin antigrippal <i>/an et /bénéficiaire</i>	Euros	-	15 €	15 €
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale <i>En € / an et /bénéficiaire</i>	Euros	-	90 €	90 €

DOCUMENT SALARIÉ

PACK PLUS	ASSIETTE	SOCLE DE BASE	Opt SYN 3 Socle de base inclus	Opt SYN 4 Socle de base inclus
Diététique (prescrite par un diététicien ou un médecin non prise en charge par la Sécurité sociale) <i>/an et /bénéficiaire</i>	Euros	-	60 €	60 €
Ostéodensitométrie osseuse <i>/an et /bénéficiaire</i>	Euros	-	50 €	50 €
Cagnotte Hospitalisation <i>En € / hospitalisation</i>	Euros	500 €	750 €	1 000 €
Garanties d'assistance santé		Oui	Oui	Oui
<i>La cagnotte est débloable par hospitalisation &gt; 10 jours, dans la limite de 3 versements par an et par bénéficiaire. Seule la garantie "Pharmacie - Médicaments à service médical rendu faible" inclut le remboursement de la Sécurité sociale.</i>				

// **BR** = Base de remboursement de la Sécurité Sociale / **FR** = Frais réels // **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2017 : estimé à 3 282,36 €) // **RSS** = Remboursement de la Sécurité Sociale

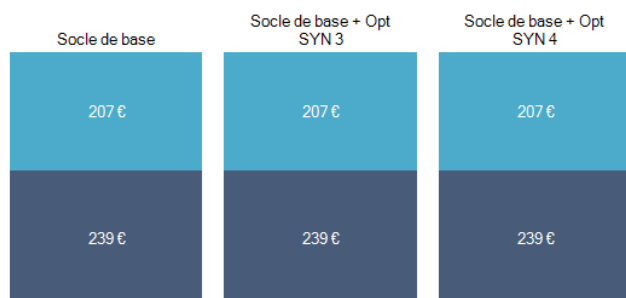
## 2. EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS PAR POSTE DE SOINS

■ Sécurité sociale
 ■ Base obligatoire
 ■ Option
 ■ Reste à charge

### HOSPITALISATION

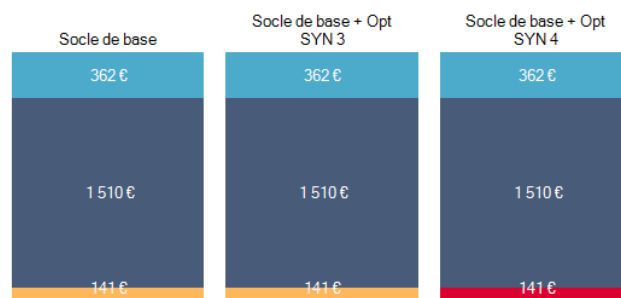
Appendicectomie + 2 nuits en chambre particulière

Coût : 446,00 €



Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral + 12 nuits en chambre particulière

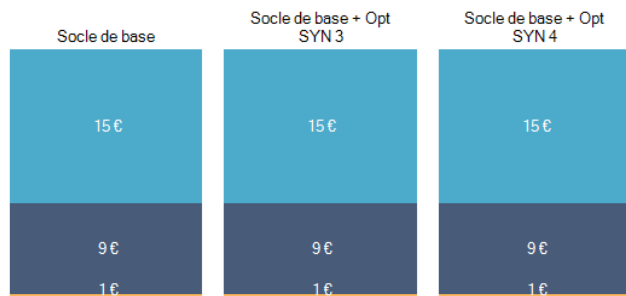
Coût : 2 014,00 €



### SOINS COURANTS

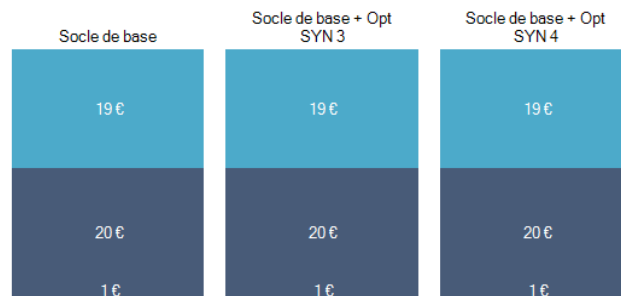
Médecin généraliste - Médecin signataire du CAS

Coût : 25,00 €



Médecin spécialiste - Médecin signataire du CAS

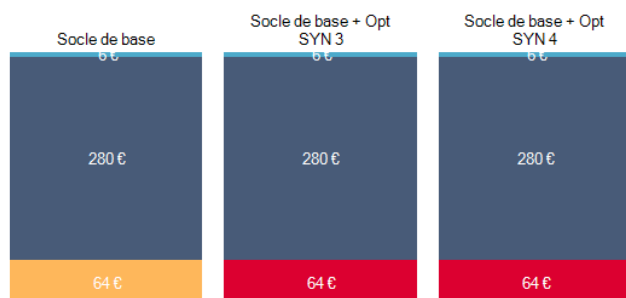
Coût : 40,00 €



### OPTIQUE

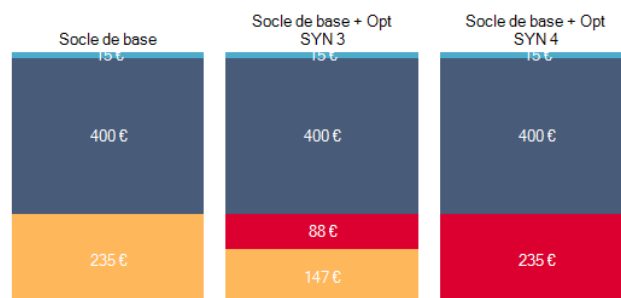
Paire de lunettes : monture + 2 verres simples de BR 3,66 €

Coût : 350,00 €



Paire de lunettes : monture + 2 verres hypercomplexes de BR 10,82 €

Coût : 650,00 €

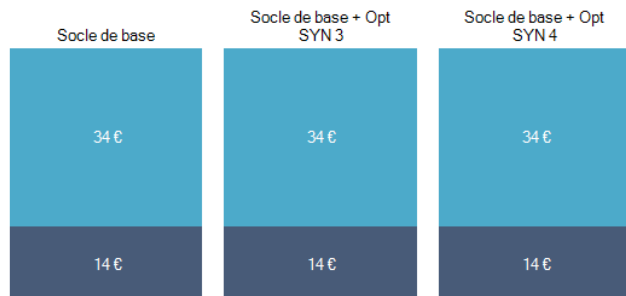


## DOCUMENT SALARIÉ

### DENTAIRE

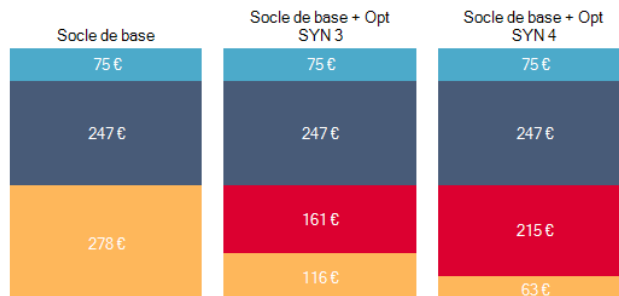
Soins dentaires : déviation d'une prémolaire

Coût : 48,20 €



Prothèses dentaires : couronne céramique

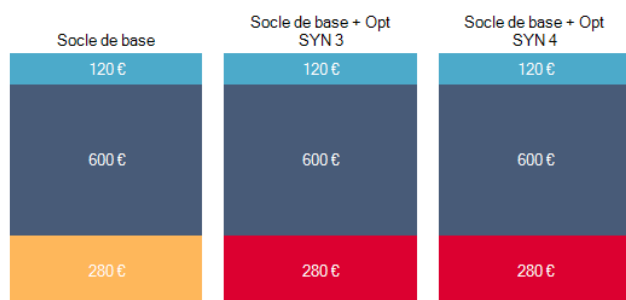
Coût : 600,00 €



### AUTRES SOINS

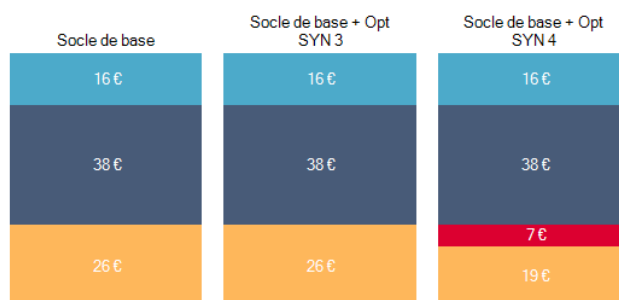
Appareillage auditif

Coût : 1 000,00 €



Semelles orthopédiques (la paire)

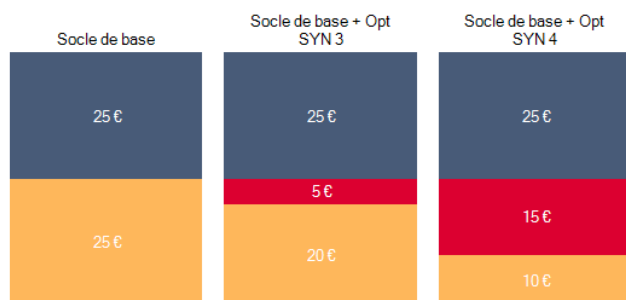
Coût : 80,00 €



### PACK PLUS

Médecine douce - ostéopathie

Coût : 50,00 €



## 3. LE DÉTAIL DE VOS TARIFS PAR STRUCTURE DE COTISATIONS

SOCLE DE BASE OBLIGATOIRE	Type de cotisation	Coût total (part employeur + part salarié)
		Tarif brut 2017 en €/mois
	Salarié + enfant(s) à charge	56,00 €
	Conjoint	42,00 €

Opt SYN 3 FACULTATIVE Tarif venant s'ajouter au socle de base	Type de cotisation	Coût pour le salarié
		Tarif brut 2017 en €/mois
	Salarié + enfant(s) à charge	+ 14,00 €
	Conjoint	+ 10,00 €

Opt SYN 4 FACULTATIVE Tarif venant s'ajouter au socle de base	Type de cotisation	Coût pour le salarié
		Tarif brut 2017 en €/mois
	Salarié + enfant(s) à charge	+ 30,00 €
	Conjoint	+ 18,00 €

## VOS POINTS DE CONTACTS



**Via votre Espace Assuré en ligne :**  
[www.plansante.com/assure](http://www.plansante.com/assure)



**Par courrier :**  
CENTRE DE GESTION  
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES  
TSA 50190  
28039 CHARTRES CEDEX



**Par téléphone :**  
**02 37 91 53 19**  
(numéro non surtaxé, prix d'un appel local)



**Par e-mail :**  
[magestionsante@ca-assurances.fr](mailto:magestionsante@ca-assurances.fr)

PREDICA – compagnie d'assurances de personnes – entreprise régie par le Code des assurances S.A. au capital entièrement libéré de 997 087 050 € - Siège social : 50-56 rue de la procession 75015 Paris – 334 028 123 RCS Paris – Mai 2016