

DEVIS D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

N° devis : 660516725156904

Etabli à partir des éléments recueillis lors de notre entretien. Il est valable du 27/06/2025 au 28/07/2025, pour une prise d'effet au 27/06/2025, sous réserve d'évolution des taxes en vigueur.

N° Distributeur : 200

CREDIT LYONNAIS, Société de Courtage d'Assurances, 07 001 878

Bureau : LCL ORLEANS ST MARCEAU

SOUSCRIPTEUR

M RAFIK SOUALMI
32 RUE LOUIS PASTEUR
CHEZ M YOUCEF SOUALMI
45000 ORLEANS

NOS PROPOSITIONS

Formule de garanties proposée :

Cotisation TTC
annuelle

Cotisation TTC
mensuelle

FORMULE PLUS

727,77 €

60,65 €

(Soins courants et hospitalisation à 100% et dépassements jusqu'à 100€ par an + forfaits 250 euros en optique/dentaire/audiologie/cures thermales/matériel médical + confort hospi + forfait médecines douces + forfait pharmacie + bonus fidélité + 100% Santé en Optique, Dentaire et Audiologie (à partir de janvier 2021))

Frais de gestion inclus dans le tarif pour règlement mensuel.

Frais de prestation : 75,40 %

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Frais de gestion : 18,40 %

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Ces conditions de garanties tiennent compte des éléments déclarés ci-après :

FAMILLE A ASSURER

Assuré 1 né le 16/12/1994

assuré social assujetti au régime SALARIE

Le lieu d'habitation est : 45000 ORLEANS

SOUS RESERVE D'ACCEPTATION PAR PACIFICA

Les avantages de l'Assurance Complémentaire Santé :

Pas de questionnaire de santé !

GARANTIE IMMEDIATE : aucun délai d'attente pour bénéficier des garanties à la souscription et en cas de changement de formule pour augmenter votre couverture !

MEDECINES ALTERNATIVES : selon la formule choisie un forfait peut vous permettre de bénéficier d'une prise en charge en cas de consultation chez les professionnels suivants : acupuncteurs, ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, diététiciens.

TIERS PAYANT : Vous bénéficiez du Tiers-Payant généralisé sur présentation de votre carte PACIFICA auprès des professionnels de santé l'acceptant (Pharmacie, Laboratoire, Radiologie, Opticiens, Audioprothésistes, Hôpitaux...)
Grace aux opticiens du réseau Carte Blanche, bénéficiez de tarifs préférentiels pour vos lunettes, vos lentilles et vos prothèses auditives.

DENTAIRE : Selon la formule, possibilité d'anticiper sur le forfait de l'année suivante en cas de travaux importants (au moins 2 couronnes).

BONUS 50€ : Dès 50 ans, vous profitez chaque année de 50€ supplémentaires sur l'ensemble des forfaits optique, dentaire, audioprothèses, autres prothèses et cures thermales.

BONUS FIDELITE : Dès le 1er janvier de la 3eme année suivant la souscription d'une formule Plus ou supérieure, vous bénéficiez également de 50€ supplémentaires sur vos forfaits optique, dentaire, audioprothèses, autres prothèses et cures thermales.

CAGNOTTE URGENCE : en cas d'hospitalisation de plus de 10 jours, versement d'une cagnotte pouvant aller jusqu'à 1000 euros, pour faire face aux dépenses imprévues liées à l'hospitalisation.

Les informations du présent document sont collectées par LCL, intermédiaire en assurance, pour le compte de Pacifica Responsable de Traitement. Elles sont obligatoires et font l'objet de traitements sur le fondement de l'exécution du contrat pour les finalités de réalisation du devis, passation, exécution et gestion du contrat d'assurance ; sur le fondement de l'intérêt légitime pour les finalités de prospection commerciale et lutte contre la fraude ; et sur le fondement de l'obligation légale pour les finalités de connaissance client, lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme.

Ces données sont conservées pour une durée correspondant à la durée de la relation contractuelle ou relation d'affaire, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et consolidation des droits en matière d'assurance notamment, ainsi que des durées de prescription et d'épuisement de toutes les voies de recours, et des délais légaux d'archivage. Pour les finalités précisées ci-dessous les délais sont pour :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme : 5 ans à compter de la réalisation de l'opération ;
- les obligations de connaissance client, FATCA, OFAC : conservation selon les délais légaux ou réglementaires de prescription ;
- la lutte contre la fraude : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes ; pour les alertes pertinentes : 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite ;
- la prospection commerciale, en l'absence de conclusion de contrat : 3 ans à compter du dernier contact ;

Conformément à la réglementation sur les données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès ; de rectification ; d'effacement/d'oubli, de retrait de votre consentement, d'opposition, lorsque les données ne sont plus nécessaires aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou le consentement requis est retiré, ou en cas d'opposition au traitement, si les données ne sont pas nécessaires pour l'exécution du contrat ; de limitation de traitement ; à la portabilité des données à caractère personnel fournies ; ou de communiquer des instructions sur leur sort en cas de décès.

Pour exercer ces droits, adressez-vous au Délégué à la Protection des Données – Pacifica 8/10 boulevard de Vaugirard 75724 Paris Cedex 15, ou par courrier électronique à « donnees.personnelles@ca-pacifica.fr ».

Retrouvez le détail des informations sur le traitement de vos données sur l'exercice de vos droits dans la Notice de Protection des Données Personnelles de Pacifica disponible sur demande auprès de votre conseiller ou rendez-vous sur <https://tarif.assurances-biens-et-personnes.secure.lcl.fr/ndpd>.



Vous pouvez également en cas de contestation former une réclamation auprès de la CNIL dont le site Internet est accessible à l'adresse suivante www.cnil.fr.



TABLEAU EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

► FORMULE PLUS

EXEMPLES AU 01/01/2025 ¹ CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ²	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Commentaire
• Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en psychiatrie)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en psychiatrie)	0,00 €	
Chambre particulière	NC	Non remboursé	Non remboursé	40,00 €	Selon les frais engagés	
Séjour avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour (médicaments, etc.)	Différent selon public/privé	BR	BR-24,00 €	24,00 €	0,00 €	
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement prévu au contrat	Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434,00 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0,00 €	Dans la limite de votre forfait annuel de 100,00 € pour les dépassements d'honoraires
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473,00 €	271,70 €	271,70 €	113,59 €	87,72 €	Dans la limite de votre forfait annuel de 100,00 € pour les dépassements d'honoraires
Séjour sans actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €	
Frais de séjour en secteur public	3541,00 €	3541,00 €	2832,80 €	708,20 €	0,00 €	
• Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR	2,00 € de participation forfaitaire	
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2,00 €	

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge.

Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

5) Dans la limite de votre forfait annuel optique pour lunettes hors 100 % santé, lentilles et chirurgie réfractive.



TABLEAU EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

► FORMULE PLUS

EXEMPLES AU 01/01/2025 ¹ CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ²	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Commentaire
• Soins courants (suite)						
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €	
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	54,00 €	37,00 €	23,90 €	28,10 €	2,00 €	Dans la limite de votre forfait annuel de 100,00 € pour les dépassements d'honoraires
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	16,00 €	Dans la limite de votre forfait annuel de 100,00 € pour les dépassements d'honoraires
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	67,00 €	23,00 €	14,10 €	29,90 €	23,00 €	Dans la limite de votre forfait annuel de 100,00 € pour les dépassements d'honoraires
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0,00 €	Dans la limite de votre forfait annuel de 250,00 € pour les dépassements d'honoraires - 50,00 € de bonus pour les plus de 50 ans
• Dentaire						
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €	
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge.
Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

5) Dans la limite de votre forfait annuel optique pour lunettes hors 100 % santé, lentilles et chirurgie réfractive.



TABLEAU EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

► FORMULE PLUS

EXEMPLES AU 01/01/2025 ¹ CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ²	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Commentaire
• Dentaire (suite)						
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	328,00 €	157,00 €	Incluant votre forfait annuel de 250,00 € - 50,00 € de bonus pour les plus de 50 ans
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	298,37 €	215,13 €	Incluant votre forfait annuel de 250,00 €
• Optique						
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0,00 €	
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9,00 €	7,65 € (par verre) + 5,40 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 94,30 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 0 €	
Ex : verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € (par verre) + 9,00 €	16,20 € (par verre) + 5,40 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 172,20 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 0 €	
Équipement (hors 100 % santé) ⁵	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	
Ex : verres simples et monture	110,00 € (par verre) + 146,00 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 €	0,03 € (par verre) + 0,03 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 250,06 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 115,85 €	50,00 € de bonus pour les plus de 50 ans
Ex : verres progressifs et monture	243,00 € (par verre) + 146,00 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 €	0,03 € (par verre) + 0,03 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 350,06 €	Pour l'équipement complet 2 verres et monture 281,85 €	50,00 € de bonus pour les plus de 50 ans
Lentilles ⁵	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	250,00 €	Selon les frais engagés	50,00 € de bonus pour les plus de 50 ans
Chirurgie réfractive ⁵	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	250,00 €	Selon les frais engagés	50,00 € de bonus pour les plus de 50 ans

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge.

Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

5) Dans la limite de votre forfait annuel optique pour lunettes hors 100 % santé, lentilles et chirurgie réfractive.



TABLEAU EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

► FORMULE PLUS

EXEMPLES AU 01/01/2025 ¹ CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ²	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Commentaire
• Aides Auditives						
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582,00 €	400,00 €	240,00 €	410,00 €	932,00 €	Incluant votre forfait annuel de 250,00 € - 50,00 € de bonus pour les plus de 50 ans

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge.

Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

5) Dans la limite de votre forfait annuel optique pour lunettes hors 100 % santé, lentilles et chirurgie réfractive.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

ASSURANCE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

PACIFICA - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances - 352 358 865 RCS PARIS.

Produit : ASSURANCE SANTÉ



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire santé a pour objet de couvrir tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, maladie ou de maternité en complément de la Sécurité sociale française. Ce contrat respecte les conditions légales du contrat responsable. Il peut également proposer des services associés.

✓ : Garantie incluse dans tous nos contrats - ✗ : Exclusion à la souscription dans tous nos contrats - ! : Exclusion de couverture dans tous nos contrats



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à charge de l'assuré.

Les garanties essentielles systématiquement prévues

Soins courants

- ✓ **Honoraires médicaux, paramédicaux, analyses et imagerie médicale :** de 100 % à 150 % de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie (BR) + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 200 €.
- ✓ **Médicaments (dont vaccin antigrippal) :** 100 % de la BR.
- ✓ **Pharmacie non remboursée par le Régime Obligatoire :** un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 200 €.
- ✓ **Médecines alternatives :** un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 200 € (maximum 50 €/acte).
- ✓ **Matériel médical (appareillage, prothèses orthopédiques) :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 400 €.

Dentaire

- ✓ **Soins dentaires :** 100 % de la BR.
- ✓ **Prothèses et orthodontie :** de 125 % à 150 % de la BR + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 400 €.
- ✓ **Prothèses 100 % santé :** 100 % des frais réels.

Optique

- ✓ **Lunettes (monture et verres unifocaux) et lentilles (y compris prescrites non prises en charge par le régime obligatoire) :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait pouvant aller de 100 € à 400 €. Majoration verres multifocaux ou progressifs de 100 €.
- ✓ **Équipement 100 % santé :** 100 % des frais réels.

Aides auditives

- ✓ **Prothèses auditives :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait pouvant aller jusqu'à 400 € par oreille.
- ✓ **Équipement 100 % santé (à partir du 01/01/2021) :** 100 % des frais réels.

Cure thermique

- ✓ **Cure thermique :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 400 €.

Hospitalisation

- ✓ **Chambre particulière :** une somme pouvant aller jusqu'à 75 €/jour.
- ✓ **Lit accompagnant :** une somme pouvant aller jusqu'à 50 €/jour.
- ✓ **Forfait TV et internet :** une somme pouvant aller jusqu'à 150 € (soit 10 €/jour).
- ✓ **Forfait accouchement :** un forfait pouvant aller jusqu'à 400 €.
- ✓ **Frais de séjour, frais de transport :** 100 % du TB.
- ✓ **Forfait hospitalier :** hospitalisation 20 €/jour et psychiatrie 13,50 €/jour.

Les garanties et services complémentaires

- ✓ **Réseau de soins :** accès à des tarifs négociés et garanties supplémentaires sur des lunettes et lentilles.
- ✓ **Assistance :** rapatriement et transport sanitaire, aide-ménagère à domicile, garde à domicile de l'enfant...

Les avantages

Avantage fidélité : en fonction du niveau de garantie choisi et à partir de 3 années consécutives à compter de la date de souscription, majoration de 50 € sur les forfaits optique, dentaire, cure thermique et audioprothèse.

Avantage plus de 50 ans : majoration de 50 € sur les forfaits optique, dentaire, cure thermique et audioprothèse.

Avantage Etudiant : participation dans la limite de 30 € annuel aux frais d'inscription à une activité sportive.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Les dépenses non prises en charge par le Régime Obligatoire.
- ✗ Les dépenses réalisées à l'étranger non prises en charge par le Régime Obligatoire.
- ✗ Les interdictions de prise en charge au titre du contrat responsable.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les dépenses résultant de soins données à la suite de tout acte volontaire de l'assuré ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ne sont pas pris en charge par le contrat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Prise en charge Optique limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'achat, réduit à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Prise en charge Prothèses auditives limitée à un équipement tous les 4 ans, à compter de la date d'achat.

Franchises, seuils d'intervention et limitations de l'indemnité :

- ! Pour les praticiens signataires du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO), le remboursement des honoraires médicaux, chirurgicaux et imagerie médicale est limité à 250 % de la BR
- ! Pour les praticiens non signataires du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) :
 - Une franchise de 20 % de la base de remboursement est retenue sur le remboursement des dépassements d'honoraires.
 - Le remboursement des honoraires médicaux, chirurgicaux et imagerie médicale est également limité à 200 % de la BR.
- ! Les plafonds varient en fonction de la formule et des options souscrites et prennent en compte les remboursements du Régime Obligatoire.





OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- En France métropolitaine, sur l'île de la Réunion, en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à Mayotte.
- En Europe pendant un séjour d'un an au maximum.
- Dans les autres parties du monde pendant un séjour de 3 mois maximum.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

À la souscription du contrat

- Les déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité.
- L'assuré doit nous informer du nom des autres assureurs couvrant le même risque.
- L'assuré doit payer la cotisation indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - › Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - › Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance.

Lorsque la cotisation annuelle est payable par fractions, il est entendu qu'en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité :

- toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviennent exigibles,
- en cas de paiement mensuel, le fractionnement devient automatiquement annuel.

Le paiement est effectué par prélèvement automatique ou par chèque.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Sauf dispositions relatives à un éventuel délai de renonciation, le contrat prend effet aux date et heure indiquées sur la Demande d'adhésion. À défaut de précision concernant l'heure, il ne jouera qu'à compter de zéro heure le lendemain de sa signature.

La durée du contrat est d'un an. Il est reconduit de plein droit pour une nouvelle période annuelle, sauf résiliation.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Le contrat peut être résilié par internet, par lettre simple ou recommandée (papier ou électronique), ou tout autre support durable, ou par acte extrajudiciaire au siège de Pacifica, ou à l'intermédiaire en assurances, ou en remplissant à l'agence, un imprimé de résiliation contre récépissé. L'assuré recevra une confirmation écrite dès réception de sa notification.

La résiliation peut s'opérer :

- Soit à échéance annuelle, en respectant un préavis d'un mois.
- Soit à tout moment suite à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat, en respectant un préavis d'un mois. Si le motif de résiliation est la souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, cette résiliation doit être effectuée par votre nouvel assureur.
- Suite à révision des cotisations à l'échéance, l'assuré est en droit de refuser cette modification en résiliant le contrat dans les 30 jours suivant la date à laquelle il en a eu connaissance.
- Si suite à un sinistre nous résilions l'un des contrats, l'assuré peut alors résilier, dans un délai d'un mois après cette notification, tous ses autres contrats non soumis à une obligation d'assurance.
- Si nous refusons de réduire la cotisation en cas de diminution du risque pour un motif autre que l'état de santé de l'assuré, celui-ci peut résilier dans un délai d'un mois.
- Pour les changements dans la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré dans un délai de trois mois suivant la date de l'évènement avec un préavis d'un mois.

