

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 en inclusion 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 systématiquement prévues

Soins courants

- ✓ **Honoraires médicaux (consultations, visites, auxiliaires médicaux, analyses, radios et chirurgicaux)** : De 100 % à 150 % de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie (BR) + un forfait pouvant aller jusqu'à 200 €.
- ✓ **Pharmacie (dont vaccin antigrippal)** : 100 % de la BR.
- ✓ **Pharmacie non remboursée par le Régime Obligatoire** : Un forfait pouvant aller jusqu'à 200 €.
- ✓ **Médecines alternatives** : Un forfait pouvant aller jusqu'à 200€ (maximum 50€/acte).

Dentaire

- ✓ **Prothèses et orthodontie** : De 125 % à 150 % de la BR + un forfait pouvant aller jusqu'à 400 €.

Optique

- ✓ **Lunettes (monture et verres simples) 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 complexes et très complexes de 100 €.
- ✓ **Autres prothèses (appareillage, prothèses orthopédiques et auditives...)** : De 100 % à 150 % de la BR + un forfait pouvant aller de 400 €.
- ✓ **Cure thermale** : De 100 % à 150% de la BR + un forfait pouvant aller jusqu'à 400 €.

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 garanties optionnelles à votre main

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 18 €/jour et psychiatrie 13,50 €/jour.

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



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 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 donnés 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, réduit à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

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

- ! Le remboursement des honoraires est limité à 250 % de la Base de remboursement et limité à 200 % pour les praticiens non signataires du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO).
- ! 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 lettre recommandée adressée au siège de Pacifica, ou à l'intermédiaire en assurances ou en remplissant, à l'agence, un imprimé de résiliation contre récépissé.

La résiliation peut s'opérer :

- Soit à échéance annuelle, en respectant un préavis d'un mois.
- 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, l'assuré 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.

► CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

	FORMULE PRIMO ⁽¹⁾	FORMULE PRIMO ET SOINS ⁽¹⁾	FORMULE PRIMO ET FORFAITS ⁽¹⁾	FORMULE PRIMO ET SOINS ET FORFAITS ⁽¹⁾
• Soins courants⁽³⁾				
Honoraires médicaux : consultations, visites, auxiliaires médicaux, analyses, radios	100 %	100 % + 100 € ⁽²⁾	100 %	100 % + 100 € ⁽²⁾
Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin antigrippal	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait pharmacie	NON	100 € /an ⁽²⁾	NON	100 € /an ⁽²⁾
Médecines alternatives	NON	100 € /an ⁽²⁾ 30 € par acte	NON	100 € /an ⁽²⁾ 30 € par acte
• Dentaire				
Prothèses dentaires et orthodontie	125 %	125 %	125 % + 200 € ⁽²⁾ (y compris implant)	125 % + 200 € ⁽²⁾ (y compris implant)
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	NON	NON	NON	NON
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	NON	NON	OUI	OUI
• Optique⁽⁴⁾				
Lunettes (monture et verres simples) et lentilles (y compris lentilles prescrites non prises en charge par le Régime obligatoire)	100 % + 100 €	100 % + 100 €	100 % + 200 € (y compris chirurgie de la myopie)	100 % + 200 € (y compris chirurgie de la myopie)
Majoration verres complexes et très complexes	100 €	100 €	100 €	100 €
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	NON	NON	NON	NON
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	NON	NON	OUI	OUI
• Autres prothèses				
Autres prothèses (auditives, orthopédiques...)	100 %	100 %	100 % + 200 € ⁽²⁾	100 % + 200 € ⁽²⁾
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	NON	NON	NON	NON
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	NON	NON	OUI	OUI
• Cure				
Cure thermale	100 %	100 %	100 % + 200 € ⁽²⁾	100 % + 200 € ⁽²⁾
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	NON	NON	NON	NON
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	NON	NON	OUI	OUI
• Hospitalisation⁽³⁾				
Soins, honoraires médicaux ou chirurgicaux	100 %	100 % + 100 € ⁽²⁾	100 %	100 % + 100 € ⁽²⁾
Frais de séjour, frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier (hospitalisation)	18 € /jour	18 € /jour	18 € /jour	18 € /jour
Forfait hospitalier (psychiatrie)	13,50 € /jour	13,50 € /jour	13,50 € /jour	13,50 € /jour
Forfait TV et internet	NON	10 € /jour dans la limite de 150 € ⁽²⁾	NON	10 € /jour dans la limite de 150 € ⁽²⁾
Chambre particulière	NON	30 € /jour	NON	30 € /jour
Lit accompagnant (pour enfant hospitalisé -12 ans)	NON	30 € /jour	NON	30 € /jour
Cagnotte Urgence	OUI	OUI	OUI	OUI
Forfait accouchement	NON	200 €	NON	200 €
• Actes de prévention				
• Réseau de soin	OUI	OUI	OUI	OUI
• Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI

(1) Remboursements exprimés en pourcentage du tarif de base de l'Assurance maladie française, y compris du remboursement du Régime obligatoire, dans la limite des frais réels et dans la limite du remboursement maximum par acte prévu par le cahier des charges réglementaire applicable aux contrats responsables.

(2) Plafond par année civile et par bénéficiaire.

(3) Le remboursement des honoraires est limité à 250% de la Base de remboursement et limité à 200% pour les patients non signataires du contrat d'accès aux soins (CAS).

(4) Remboursement valable tous les 2 ans pour les lunettes adulte si la correction n'a pas évolué, et limité à 470€ dans le cas de verres simples, 750€ pour les verres complexes et 850€ pour les verres très complexes. Le remboursement des montures est limité à 150€.

(5) Bonus fidélité applicable au premier janvier de la troisième année suivant la souscription d'une formule éligible et sous réserve de conserver une formule éligible pendant trois années consécutives.

▶ CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

	FORMULE PLUS ⁽¹⁾	FORMULE PLUS ET SOINS+ ⁽¹⁾	FORMULE PLUS ET FORFAITS+ ⁽¹⁾	FORMULE PLUS ET SOINS+ ET FORFAITS+ ⁽¹⁾	FORMULE PRÉMIUM ⁽¹⁾
• Soins courants⁽³⁾					
Honoraires médicaux : consultations, visites, auxiliaires médicaux, analyses, radios	100 % + 100 € ⁽²⁾	150 % + 200 € ⁽²⁾	100 % + 100 € ⁽²⁾	150 % + 200 € ⁽²⁾	150 % + 200 € ⁽²⁾
Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin antigrippal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait pharmacie	100 € /an ⁽²⁾	200 € /an ⁽²⁾	100 € /an ⁽²⁾	200 € /an ⁽²⁾	200 € /an ⁽²⁾
Médecines alternatives	100 € /an ⁽²⁾ 30 € par acte	200 € /an ⁽²⁾ 50 € par acte	100 € /an ⁽²⁾ 30 € par acte	200 € /an ⁽²⁾ 50 € par acte	200 € /an ⁽²⁾ 50 € par acte
• Dentaire					
Prothèses dentaires et orthodontie	125 % + 250 € ⁽²⁾ (y compris implant)	125 % + 250 € ⁽²⁾ (y compris implant)	150 % + 350 € ⁽²⁾ (y compris implant)	150 % + 350 € ⁽²⁾ (y compris implant)	150 % + 400 € ⁽²⁾ (y compris implant)
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Optique⁽⁴⁾					
Lunettes (monture et verres simples) et lentilles (y compris lentilles prescrites non prises en charge par le Régime obligatoire)	100 % + 250 € (y compris chirurgie de la myopie)	100 % + 250 € (y compris chirurgie de la myopie)	150 % + 350 € (y compris chirurgie de la myopie)	150 % + 350 € (y compris chirurgie de la myopie)	150 % + 400 € (y compris chirurgie de la myopie)
Majoration verres complexes et très complexes	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Autres prothèses					
Autres prothèses (auditives, orthopédiques...)	100 % + 250 € ⁽²⁾	100 % + 250 € ⁽²⁾	150 % + 350 € ⁽²⁾	150 % + 350 € ⁽²⁾	150 % + 400 € ⁽²⁾
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Cure					
Cure thermale	100 % + 250 € ⁽²⁾	100 % + 250 € ⁽²⁾	150 % + 350 € ⁽²⁾	150 % + 350 € ⁽²⁾	150 % + 400 € ⁽²⁾
Bonus fidélité 3 ans ⁽⁵⁾	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Bonus 50 € pour les 50 ans et plus	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Hospitalisation⁽³⁾					
Soins, honoraires médicaux ou chirurgicaux	100 % + 100 € ⁽²⁾	150 % + 200 € ⁽²⁾	100 % + 100 € ⁽²⁾	150 % + 200 € ⁽²⁾	150 % + 200 € ⁽²⁾
Frais de séjour, frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier (hospitalisation)	18 € /jour	18 € /jour	18 € /jour	18 € /jour	18 € /jour
Forfait hospitalier (psychiatrie)	13,50 € /jour	13,50 € /jour	13,50 € /jour	13,50 € /jour	13,50 € /jour
Forfait TV et internet	10 € /jour dans la limite de 150 € ⁽²⁾	10 € /jour dans la limite de 150 € ⁽²⁾	10 € /jour dans la limite de 150 € ⁽²⁾	10 € /jour dans la limite de 150 € ⁽²⁾	10 € /jour dans la limite de 150 € ⁽²⁾
Chambre particulière	30 € /jour	75 € /jour	30 € /jour	75 € /jour	75 € /jour
Lit accompagnant (pour enfant hospitalisé -12 ans)	30 € /jour	50 € /jour	30 € /jour	50 € /jour	50 € /jour
Cagnotte Urgence	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Forfait accouchement	250 €	350 €	250 €	350 €	400 €
• Actes de prévention	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Réseau de soin	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Le contrat d'assurance Complémentaire santé est assuré par PACIFICA et distribué par LCL

CRÉDIT LYONNAIS, S.A. au capital de 1 847 860 375 € - SIREN 954 509 741 - RCS Lyon - Siège social : 18, rue de la République - 69002 Lyon.
Siège central : 20, avenue de Paris - 94811 Villejuif Cedex - Numéro ORIAS : 07 001 878

PACIFICA. Entreprise régie par le Code des assurances. Société anonyme au capital de 252.432.825 € entièrement libéré.
Siège social : 8-10, boulevard de Vaugirard, 75724 Paris Cedex 15 - 352 358 865 - RCS Paris.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.