



DOSSIER D'ADHESION DU SALARIE A LA COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS

GARANTIES
COTISATIONS
FONCTIONNEMENT
ADHESIONS

Octobre 2015

Offre santé dédiée aux entreprises relevant des CCN
de la production agricole DES PAYS DE LA LOIRE

www.groupama.fr



Edito,

Votre employeur a choisi Groupama pour votre assurance complémentaire santé à date du 01/01/2016 . Spécialement étudiée pour vous et votre employeur, elle vous accompagne dans l'univers de la santé et vous aide au quotidien.

Pour connaître le niveau de vos prises en charge et les conditions de mise en œuvre de vos garanties, vous retrouverez dans les pages qui suivent les garanties, tarifs ainsi le document d'adhésion à retourner rempli.



Nature des risques	Regime de Base MSA	Offre GROUPAMA AGRI 53 & 72 (y compris RO)			
		Socle de base	OPTION 1		OPTION 2
		Formule 1	Formule 1 bis		Formule 2
Medecine de Ville					
Honoraires médicaux	70%	100% BR*	125% BR	170% BR*	
Chirurgie sans hospitalisation	70%	100% BR	125% BR	170% BR	
Analyses, Auxiliaires médicaux sans hospitalisation	60%	100% BR	100% BR	160% BR	
Cures thermales	65%	100% BR	100% BR	100% BR + forfait 125 € / an / personne	
Transports	65%	100% BR	100% BR	165% BR	
Pharmacie	De 15 à 100 % BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Pansements et accessoires	65%	100% BR	100% BR	165% BR	
Appareillage et autres prothèses (sauf auditives)	60 % ou 100 % BR	100% BR	100% BR	160% BR	
Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	65%	Accès à notre réseau partenaire 100% BR + forfait de 5,25% PMSS par an et par bénéficiaire	Accès à notre réseau partenaire 100% BR + forfait de 10,5% PMSS par an et par bénéficiaire	Accès à notre réseau partenaire 160% BR + forfait de 10% PMSS par an et par bénéficiaire	
Hospitalisation (médicale et chirurgicale)					
Frais de séjour : conventionné	De 80% à 100% BR	100% BR	100% BR	FR	
non conventionné	80% base conventionné	100% BR	100% BR	180% BR	
Soins médicaux, honoraires, actes de chirurgie (hors maternité)	80%	250% BR	250% BR	250% BR	
Participation forfaitaire sur actes lourds (18 €) pour actes > 120 €		Oui	Oui	Oui	
Pharmacie, Appareillage, autres biens et services	80%	100% BR	100% BR	100% BR	
Auxiliaires médicaux	60%	100% BR	100% BR	160% BR	
Analyses	60%	100% BR	100% BR	160% BR	
Forfait journalier	-	100% FR*	100% FR*	100% FR*	
Chambre particulière	-	35 € par jour	45 € par jour	2% PMSS (62,58 €) par jour	
Chambre particulière en ambulatoire	-	15 € par jour	20 € par jour	2% PMSS (62,58 €) par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant de - 16 ans	-	20 € par jour	40 € par jour	1,5% PMSS (46,94 €) par jour	
Maternité					
Forfait naissance adoption	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS	
Procréation médicale assistée	-	200 €	200 €	200 €	
Optique					
			Partenaires GROUPAMA	Autres opticiens	Partenaires GROUPAMA
Verres (prise en charge acceptée par le Régime de base)	65% BR	455% BR + un forfait de 7% du PMSS*	100% des prix négociés	455% BR + forfait de 10,5% du PMSS bénéficiaire	100% des prix négociés
Montures, lentilles (prise en charge acceptée par le Régime de base)	65% BR	par an et par bénéficiaire	forfait 150 € / an		520% BR + forfait de 350 € / an / bénéficiaire
Lentilles de contact refusées	-	3,2% du PMSS par an et par bénéficiaire	3,2% du PMSS par an et par bénéficiaire	5% du PMSS (156 €) par an et par bénéficiaire	
Traitement des corrections visuelles par chirurgie	-	250 € / an / personne	250 € / an / personne	250 € / an / personne	
Dentaire					
			Partenaires GROUPAMA	Autres chirurgiens dentistes	Partenaires GROUPAMA
Soins dentaires (hors inlay/onlay)	70% BR	100% BR	100% FR	100% BR	100% FR
Inlay/onlay	70% BR	210% BR	240% BR	240% BR	270% BR
Prothèses dentaires acceptées par le Régime de base	70% BR	210% BR	250% BR	230% BR	290% BR
forfait supplémentaire	-	+ un forfait de 10,5% du PMSS* /	+ un forfait de 14% du PMSS* / an / bénéficiaire	+ un forfait de 14% du PMSS* / an /	
Parodontologie/an/personne	-	-	-	75 €	
Implantologie/an/personne	-	-	-	200 €	
Orthodontie acceptée par le Régime de base	100% BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR	
Orthodontie non prise en charge/an /personne	-	-	-	200 €	
Prothèses dentaires non remboursées par MSA	-	-	-	200 €	
Médecine douce					
Ostéopathie, chiropractie, acupunture	-	25 € / acte maxi 3 actes par an	30 € / acte maxi 3 actes par an	35 € / acte maxi 3 actes par an	
Prévention					
Actes de prévention responsables (selon réglementation en vigueur)	Oui	Inclus	Inclus	Inclus	
(détartrage annuel, dépistage hépatite B, scellement des sillons, bilan du langage, dépistage des troubles de l'audition, ostéodensitométrie, vaccinations prises en charge par le RO).					
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose,,)		40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire	
Vaccin anti grippal non pris en charge par le RO		Frais réel	Frais réel	Frais réel	
Autres vaccins non pris en charge par le RO		25 € par an et par bénéficiaire	25 € par an et par bénéficiaire	25 € par an et par bénéficiaire	
Diététicien		50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	
Service d'accompagnement diététique par internet	-	Inclus	Inclus	Inclus	
Substituts nicotiques non remboursés par le régime de base	-	50 € par personne et par an	50 € par personne et par an	50 € par personne et par an	
Services associés					
Assistance / Info santé	-	Inclus	Inclus	Inclus	
Espace consultation remboursements en ligne	Oui	Inclus	Inclus	Inclus	
Tiers payant généralisé dont optique et audioprothèse	-	Inclus	Inclus	Inclus	

Vos Garanties d'assistance

Le service assistance de Groupama fonctionne 24h/24 et 7J/7

■ Pour faire face aux imprévus en toute sérénité...

ATTENTION!

Contactez nos services avant d'engager toute prestation afin d'obtenir un accord.

□ Une prise en charge selon les prestations et parce qu'il est difficile de faire face à des situations d'urgence, Groupama organise pour tous, toutes les prestations d'assistance.

GARANTIES D'ASSISTANCE ASSURÉES PAR GROUPAMA ASSISTANCE		
Événement	Prestations	Limites de la prise en charge
ASSISTANCE SANTÉ		
Recherche d'informations pratiques et santé	<ul style="list-style-type: none"> Infos Santé Mise en relation avec des baby-sitters Communication des numéros d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> Hors consultation, diagnostic, prescription Hors frais de garde
Décès d'un adulte bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"> Frais de retour anticipé d'un proche en déplacement 	<ul style="list-style-type: none"> Billet aller simple train 1ère classe ou avion classe touriste
Immobilisation d'un adulte assuré en cas d'hospitalisation (2 jours consécutifs) ou à domicile (8 jours consécutifs)	<ul style="list-style-type: none"> Frais de transport d'un proche ⁽¹⁾ + En cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche ⁽²⁾ <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition d'un dispositif de télé assistance ⁽²⁾ + Frais de garde des enfants de - 15 ans ⁽²⁾ <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de transport quotidien à l'école des enfants de - 15 ans ⁽²⁾ <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais d'une aide ménagère pour l'assuré ou pour le conjoint resté seul ^(2,3) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de portage de plateau repas et livraison de médicaments ⁽²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> Billet aller/retour train 1^{ère} classe ou avion classe touriste dans la limite de 305 € TTC Pendant la durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € TTC par nuit et de 230 € TTC pour l'ensemble de la dépense Pendant la durée de l'immobilisation, dans la limite de deux mois Pendant la durée de l'immobilisation, 12h/jour et 5 jours maximum 2 fois / jour et 5 jours maximum Pendant la durée de l'immobilisation de 2h/jour, dans la limite de 20 h au total / dans la limite d'un mois si décès d'un adulte bénéficiaire Pendant la durée de l'immobilisation, dans la limite de 15 portages de repas (1 / jour) et 2 livraisons de médicaments (selon disponibilités locales)
Immobilisation d'un enfant bénéficiaire de - 18 ans ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> Frais de transport d'un proche ⁽²⁾ + En cas d'hospitalisation : frais d'hébergement en hôtel ou de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche ⁽²⁾ <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de garde ⁽²⁾ <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de soutien scolaire à partir du 15^{ème} jour d'absence ⁽²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> Billet aller/retour train 1^{ère} classe ou avion classe touriste dans la limite de 305 € TTC Pendant la durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € TTC par nuit et de 230 € TTC pour l'ensemble de la dépense Pendant la durée de l'immobilisation, dans la limite de 60 h au total (12h / jour et 5 jours maximum) Pendant la durée de l'immobilisation, dans la limite de 15 h par semaine, tous cours confondus (sous réserve de l'accord du corps médical)
Poursuite de l'activité professionnelle (uniquement en France métropolitaine)	<ul style="list-style-type: none"> En cas de maladie de la nourrice agréée : frais de garde ⁽¹⁾ + En cas de grève de l'établissement scolaire de l'enfant : frais de garde ⁽¹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> 12h/jour pendant 2 jours consécutifs maximum 12h/jour pendant 1 journée maximum (grève non prévue plus de 48h à l'avance)
ASSISTANCE À L'AFFILIÉ EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL		
Assuré malade ou blessé lors d'un déplacement garanti	<ul style="list-style-type: none"> Frais de rapatriement 	<ul style="list-style-type: none"> Frais réels (hors excédent de bagage)
Assuré décédé lors d'un déplacement garanti	<ul style="list-style-type: none"> Frais de rapatriement du corps 	<ul style="list-style-type: none"> Frais réels du rapatriement (frais de cercueil et de mise en bière dans la limite de 450 € hors frais de cérémonie et d'inhumation)
Assuré ayant dû interrompre son déplacement suite à hospitalisation de + 10 jours / décès d'un proche*	<ul style="list-style-type: none"> Frais de retour anticipé 	<ul style="list-style-type: none"> Billet aller simple train 1^{ère} classe ou avion classe touriste

* Ces garanties s'appliquent à l'assuré seul pour les déplacements à plus de 50 km à partir du domicile. Elles sont mises en œuvre pour les déplacements professionnels de moins de 90 jours consécutifs.

(1) L'une des prestations de cet événement est accordée 2 fois par an et par bénéficiaire.

(2) La prestation de cet événement est accordée une fois par an et par bénéficiaire.

(3) Ou en cas de décès pour un proche resté seul et vivant de manière permanente sous le même toit que l'assuré.

(4) L'une des prestations de cet événement est accordée une fois par an et par enfant assuré.

Caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles. Entreprise régie par le code des assurances - La gestion de l'assistance est confiée à Mutuaide Assistance, filiale de Groupama et entreprise régie par le code des assurances. Mutuaide Assistance - société anonyme au capital de 9 590 040 euros - 8-14 rue des Frères Lumière - 94368 Bry sur Marne cedex - 383 974 086 RCS Créteil. Groupama participe à la protection de l'environnement en utilisant un site "imprim'vert" et des papiers issus de forêts gérées durablement et en finançant le recyclage des imprimés par la taxe Ecofolio. Document et visuels non contractuels

Cotisations et gestion des prestations

	Formule 1 - socle obligatoire		Formule 1 Bis		Formule 2	
	Taux de cotisations	Cotisation mensuelle	Taux de cotisations	Cotisation mensuelle	Taux de cotisations	Cotisation mensuelle
Salarié seul	0,797%	25,65 €	1,079%	34,72 €	1,361%	43,80 €
à la charge de l'employeur (50%)	0,3985%	12,82 €	0,3985%	12,82 €	0,3985%	12,82 €
à la charge du salarié (50%)	0,3985%	12,82 €	0,6805%	21,90 €	0,9625%	30,97 €
Conjoint						
à la charge du salarié (100%)	0,956%	30,76 €	1,19%	38,29 €	1,42%	45,82 €
Enfant gratuit à partir du 3ème						
à la charge du salarié (100%)	0,626%	20,14 €	0,779%	25,07 €	0,932%	29,99 €

ATTENTION!

Les cotisations sont basées sur le plafond annuel de la sécurité sociale 2015, elles sont donc censées évoluer avec le plafond 2016

La gestion des remboursements des frais de soins:

Tiers payants inclus et même en optique chez les opticiens partenaires

Besoin de transmettre une décompte, une facture d'osthéopathie...

Savoir comment je serai remboursé pour ma couronne dentaire, vos salariés ont le choix:

Par courrier:

Groupama Centre Manche
Pôle santé – contrat groupe
70, Rue du Neufbourg - BP 30207
50007 SAINT LÔ

Par téléphone :

Du lundi au vendredi de 9h à 18h et le samedi de 8h30 à 12h30

0 810 313 414

(prix d'un appel local)

Par mail :

sante@groupama-cm.fr



ATTENTION!

J'adhère à la complémentaire santé d'entreprise :

1 - Je complète le bulletin d'affiliation en indiquant les ayants droit assurés et mon choix de garantie (base formule 1 ou option formule 1 bis ou Option formule 2)

2 - J'envoie à mon employeur, l'ensemble des justificatifs correspondant à ma situation :

- le bulletin d'affiliation ci-joint,
- un mandat de prélèvement SEPA ci joint,
- un Relevé d'Identité Bancaire,
- la photocopie de mon attestation de droits à l'assurance maladie,
- la photocopie des attestations de droits à l'assurance maladie de mes éventuels ayants droit qui bénéficieront de la complémentaire santé d'entreprise,
- la photocopie des certificats de scolarité / conventions d'apprentissage de mes éventuels enfants assurés,

Ces documents à remettre dès que possible à votre employeur, permettront d'enregistrer vos garanties et de vous faire parvenir vos cartes de Tiers-Payant au plus vite.

NB: Comment récupérer votre attestation de carte vitale, si vous ne l'avez plus?

Dans une borne à la MSA ou à la Sécurité Sociale
Par internet sur le site de la MSA ou de la Sécurité Sociale

BULLETIN D'AFFILIATION - PRODUCTION AGRICOLE 72 ET 53

AFFILIÉ(E)

Nom _____ Prénom(s) _____
Adresse _____
Code postal | | | | | Commune _____
Téléphone | | | | | | | | | | E-mail _____
N° immatriculation RO | | | | | | | | | | Date de naissance | | | | | | | | | | Lieu de naissance _____
Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Séparé(e) de corps judiciairement Concubinage
Fonction _____ Catégorie : Non cadre Salarié à employeurs multiples : Oui Non
Date d'entrée dans la fonction | | | | | Date d'affiliation au contrat | | | | |

ENTREPRISE

Raison sociale (ou cachet)

NUMÉROS DES CONTRATS GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E)

CONTRAT _____

SOUS/CONTRAT _____

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

N° DE CONTRAT _____

N° D'AFFILIATION _____

EFFET _____ UNITE/PTF _____

IDENTIFICATION DU CONJOINT, PARTENAIRE OU CONCUBIN ET DES ENFANTS À CHARGE

Nom - Prénom(s)	Date de naissance	Lieu de naissance	N° immatriculation RO

AFFILIATION AU CONTRAT SANTE : OPTIONS

CHOIX D'UNE OPTION INDIVIDUELLE

- Je ne souhaite pas bénéficier d'une couverture santé supérieure.
 Je veux bénéficier d'une couverture supérieure ; j'ai noté que le différentiel de cotisation due pour cette option est exclusivement à ma charge :

FORMULE MISE EN PLACE PAR L'ENTREPRISE	OPTIONS FACULTATIVES POSSIBLES
<input type="checkbox"/> Formule 1	<input type="checkbox"/> Formule 2
	<input type="checkbox"/> Formule 1 bis

AFFILIATION DU CONJOINT ET/OU DES ENFANTS

Si le rattachement de ces catégories est laissé à votre choix, vous avez la possibilité d'affilier votre conjoint et/ou vos enfants.

- Je m'affilie seul au contrat santé.
 Je souhaite affilier au contrat santé : Conjoint Enfant(s)
J'ai bien noté qu'ils seront obligatoirement couverts par le même niveau de garanties que moi-même.

DOCUMENTS À JOINDRE

- Un RIB et une copie de votre attestation de droits à l'assurance maladie ainsi que celles de votre conjoint, de vos ayants droit et leurs certificats de scolarité le cas échéant.
- Le mandat de prélèvement SEPA si vous devez payer le différentiel de cotisation de votre option et/ou de vos ayants droit.
- Si le mandat de prélèvement SEPA et le RIB ne sont pas joints au bulletin d'affiliation ou si le mandat est incomplet, votre demande éventuelle de souscription d'une option ou d'affiliation de vos conjoint/enfants sera considérée comme irrecevable. Dans ce cas, vous bénéficierez uniquement de la couverture obligatoire prévue au contrat.
- En cas de rejet d'un prélèvement mensuel ou d'impossibilité de prélever la cotisation individuelle, les demandes de prélèvement suivantes seront majorées de plein droit du montant des cotisations arriérées non acquittées. En cas de non-paiement, une mise en demeure sera adressée et à l'issue du délai réglementaire, l'ensemble des éventuelles couvertures facultatives souscrites sera résilié.

BULLETIN D'AFFILIATION - PRODUCTION AGRICOLE 72 ET 53

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre affiliation et de vos garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance, votre assureur et son distributeur, ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales. Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le financement du terrorisme. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant au médecin conseil de l'assureur. Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, ci-dessus. Vos données peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre . Vous souhaitez recevoir ces offres commerciales via votre adresse mail ou par SMS : oui non. Si vous souhaitez vous abonner à notre newsletter, cochez la case ci-contre .

SIGNATURE

Je soussigné(e) _____

- reconnais avoir reçu et conservé un exemplaire de la notice d'information du contrat correspondant aux garanties que j'ai demandées et en avoir pris connaissance,
- certifie la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation au contrat susvisé et j'en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne,
- reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'affiliation conformément à l'article L113-8 du code des assurances.
- reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi informatique et libertés ci-dessus.

Fait à _____

le / /

Signature de l'affilié(e)

A faire précéder de la mention "lu et approuvé"

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

A compléter pour toute souscription facultative : conjoint, enfants, surcomplémentaire du salarié et de ses ayants droits.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Groupama centre manche à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions de Groupama centre manche. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée

avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois, en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / Raison sociale _____

Prénom(s) _____ Date de naissance / /

Adresse : n° et rue _____

Code postal Commune _____ Pays _____

IBAN (International Bank Account Number) :

BIC (Bank Identifier Code) :

↑
à compléter éventuellement
si compte à l'étranger

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

GROUPAMA Centre Manche - 10, rue Blaise Pascal CS 40337 - 28008 Chartres Cedex

N° ICS : FR66ACC412624 (identifiant Créancier SEPA)

Paiement récurrent / répétitif

Date / /

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.).

Signature du titulaire du compte

Les informations contenues dans le présent mandat, complété, sont destinées à être utilisées par le créancier pour la seule gestion de sa relation avec vous. Elles pourront donner lieu à l'exercice des droits d'accès, de rectification et d'opposition, tels que prévus par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

GROUPAMA Centre Manche Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises - 10, rue Blaise Pascal CS 40337 - 28008 Chartres cedex

Tél. : 02 37 88 38 38 - Fax : 02 37 35 52 28 - Entreprise régie par le Code des Assurances - N° SIRET : 383 853 801 00207

Groupama Gan Vie - Siège social : 8-10 rue d'Astorg, 75008 Paris - Société anonyme au capital de 413 036 043 euros (entièrement versé)

340 427 616 RCS Paris - APE : 6511Z - Entreprise régie par le code des assurances.

Entreprises soumises à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 61 rue Talbot - 75009 Paris



Toujours là pour moi.