

## OFFRE DESTINÉE AUX MEMBRES DU LIONS CLUBS INTERNATIONAL

**103 FRANCE**

PRÉSENTÉE PAR IDF PARIS

Responsable Christian BELLEGARDE  
2<sup>e</sup> Vice-Gouverneur 2020-2021



« MA RAISON D'ÊTRE »  
UNE ACTION DE SOLIDARITÉ  
AUX SERVICES DES AUTRES ET  
POUR CEUX QUI SERVENT LES AUTRES.



**Groupama**  
PARIS VAL DE LOIRE

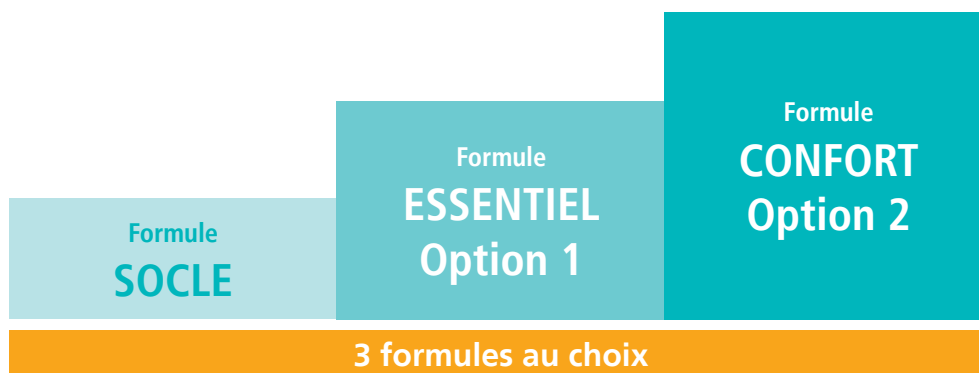
# UNE SOLUTION EXCLUSIVE POUR LES MEMBRES DU LIONS CLUBS INTERNATIONAL 103 FRANCE PRÉSENTÉE PAR IDF PARIS

## GROUPAMA UN PARTENAIRE NATUREL POUR VOUS ACCOMPAGNER

Groupama vous accompagne dans la mise en place de contrats qui répondent à vos besoins.

### POURQUOI CHOISIR GROUPAMA ?

1 Une offre adaptée à vos besoins, pour vous et vos proches.



2 L'accès aux réseaux de partenaires dès la formule **Socle** avec une prise en charge intégrale des verres\*

3 Un pack Bien-être dès la formule **Essentiel**

4 Une garantie assistance dès la formule **Socle**

5 Jusqu'à 600€\*\* de garantie pour un équipement optique en formule **Confort** chez l'opticien de votre choix

\* Prise en charge intégrale des verres sélectionnés dans la limite des contrats responsables et à la couverture santé minimale

\*\* Pour un équipement comportant une monture et deux verres très complexes



## UNE SOLUTION EXCLUSIVE POUR LES MEMBRES DU LIONS CLUBS INTERNATIONAL 103 FRANCE PRÉSENTÉE PAR IDF PARIS



### UN RÉSEAU DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'accès à ce réseau d'opticiens et de chirurgiens dentistes est un service qui permet aux adhérents :

- une baisse significative du reste à charge dans les domaines où les régimes obligatoires interviennent peu,
- le bénéfice de conseils d'experts.

### DES AVANTAGES EXCLUSIFS AUPRÈS DES OPTICIENS DE NOTRE RÉSEAU

- Des prix négociés sur des verres de qualité. La négociation permet de diminuer en moyenne de 25 % le coût des verres. La négociation s'étend aux traitements des verres (antireflet par exemple).
- Un large choix de montures dont le prix est réduit de 15 %.
- Le tiers payant systématique<sup>(1)</sup>.
- Le remboursement intégral des verres (hors traitements).

### DES AVANTAGES EXCLUSIFS AUPRÈS DES CHIRURGIENS DENTISTES DE NOTRE RÉSEAU

- Aucun dépassement d'honoraires sur les actes à tarif opposable.
- Des soins et traitements au juste prix, respectant les honoraires communiqués par le praticien lors de son entrée dans le réseau. Le chirurgien dentiste ne peut ajuster ses honoraires aux garanties de l'assuré.
- Des remboursements renforcés sur les prothèses avec une garantie "casse et réparation de 10 ans".

### LE TIERS PAYANT

Selon les accords négociés avec Groupama, en présentant la carte Vitale et l'attestation de tiers payant Groupama, vous n'avancez pas d'argent auprès des :


- pharmaciens, pour tous les médicaments pris en charge par votre régime obligatoire,
- hôpitaux et cliniques,
- auxiliaires médicaux, cabinets de radiologie et laboratoires d'analyses médicales,
- fournisseurs de matériel médical,
- opticiens partenaires,
- transports sanitaires.




(1) Dans la limite des garanties prévues au contrat.

## TABLEAU DE MONTANT DES GARANTIES - LIONS CLUBS INTERNATIONAL 103 FRANCE

**i Les montants des garanties, hors prestations forfaitaires en %PMSS ou en €, sont exprimés en incluant les remboursements du Régime Obligatoire de protection sociale.**

 Hospitalisation		RO Général	SOCLE	ESSENTIEL Option 1	CONFORT Option 2
	Honoraires médecin adhérent à un DPTAM	80%	100% BR	150% BR	255% BR
	Honoraires médecin non adhérent à un DPTAM	80%	100% BR	130% BR	200% BR
	Actes chirurgicaux médecin adhérent à un DPTAM	80%	100% BR	150% BR	255% FR
	Actes chirurgicaux médecin non adhérent à un DPTAM	80%	100% BR	130% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>	0€	100% FR	100% FR	100% FR
	Frais de séjour conventionné	80%	100€	150% BR	200% BR
	Frais de séjour non conventionné	80%	100% BR	150% BR	200% BR
	Chambre Particulière, par jour	0%		2,5% PMSS max 60jour(s)/an	3% PMSS
	Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	65%	100% BR	150% BR	150% BR
	Frais d'accompagnement enfant moins de 16 ans, par jour	0%		1% PMSS max 60jour(s)/an	1,5% PMSS

 Soins courants	MÉDECINE DE VILLE (y compris actes de prévention)	RO	SOCLE	ESSENTIEL Option 1	CONFORT Option 2
	Consultations et Visites - Généraliste adhérent à un DPTAM	70%	100% BR	130% BR	150% BR
	Consultations et Visites - Généraliste non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	70%	100% BR	110% BR	130% BR
	Consultations et Visites -Spécialiste adhérent à un DPTAM	70%	100% BR	150% BR	200% BR
	Consultations et Visites -Spécialiste non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	70%	100% BR	130% BR	180% BR
	Petite chirurgie et actes de spécialité (actes effectués par un médecin adhérent à un DPTAM)	70%	100% BR	220% BR	220% BR
	Petite chirurgie et actes de spécialité (actes effectués par un médecin non adhérent à un DPTAM)	70%	100% BR	200% BR	200% BR
	Honoraires paramédicaux	60%	100% BR	150% BR	150% BR
	Analyses médicales, examens de laboratoires (actes effectués par un médecin adhérent à un DPTAM)	60% ou 70%	100% BR	150% BR	150% BR
	Analyses médicales, examens de laboratoires (actes effectués par un médecin adhérent à un DPTAM)	60% ou 70%	100% BR	130% BR	130% BR
	Radiologie et Imagerie Médicale (actes par un médecin adhérent à un DPTAM)	70%	100% BR	150% BR	200% BR
	Radiologie et Imagerie Médicale (hors actes par un médecin adhérent à un DPTAM)	70%	100% BR	130% BR	180%BR
	Prothèses orthopédiques et prothèses médicales (hors audioprothèse) remboursée par le RO	60%	100% BR	300% BR	400% BR
	Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	65%	100% BR	150% BR	150% BR
	Pack Bien-être, par pers. et par an incluant : Ostéopathie, Chiropratique, Acupuncture, Consultation de Diététicien	0%		20€ max 3 séance(s)/an	40€ max 3 séance(s)/an
	Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation et actes médicaux par un médecin adhérent à un DPTAM)	70%	100% BR	100% BR	100% BR
	Pharmacie prescrites remboursée par le RO	100%, 65%, 30% ou 15%	100% BR	100% BR	100% BR
	Aide au sevrage tabagique non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée	0%		50€	50€
	Moyens contraceptifs prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée	0%		50€	50€

## TABLEAU DE MONTANT DES GARANTIES - LIONS CLUBS INTERNATIONAL 103 FRANCE

**i Les montants des garanties, hors prestations forfaitaires en %PMSS ou en €, sont exprimés en incluant les remboursements du Régime Obligatoire de protection sociale.**



OPTIQUE	RO	SOCLE	ESSENTIEL Option 1	CONFORT Option 2		
<b>Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai)<sup>(3)</sup></b>						
<b>Chez les opticiens non partenaires</b>						
Équipement 100 % santé <sup>(2)</sup>	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) dès 2020					
Équipements <b>hors 100 % santé</b> (dont maximum de 100 € pour la monture) : Équipement optique : 1 monture et 2 verres	cf. grille optique* ci-après					
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO par an et par personne assurée	60% ou 0%	50€	200€	200€		
Chirurgie réfractive (correction des défauts visuels), par oeil	0%		200€	400€		
<b>Chez les opticiens partenaires</b>						
<b>Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai)<sup>(3)</sup></b>						
Équipement 100 % santé <sup>(2)</sup>	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) dès 2020					
Équipements <b>hors 100 % santé</b> :						
Verres	60%	100% du prix des verres sélectionnés				
Supplément pour traitement particulier des verres, par équipement	0%		30€	60€		
Monture	60%	50€	100€	100€		
<b>*Grille Optique 100% Santé</b>	<b>SOCLE</b>		<b>ESSENTIEL Option 1</b>		<b>CONFORT Option 2</b>	
<b>Classification verre - Contrat responsable</b>	<b>Forfait équipement complet</b>	<b>Dont maximum monture</b>	<b>Forfait équipement complet</b>	<b>Dont maximum monture</b>	<b>Forfait équipement complet</b>	<b>Dont maximum monture</b>
Verres simples	150 €	50 €	200 €	100 €	300 €	100 €
verres mixtes simple - complexe	175 €	50 €	225 €	100 €	375 €	100 €
verres mixtes simple - très complexe	175 €	50 €	250 €	100 €	450 €	100 €
Verres complexes	200 €	50 €	250 €	100 €	450 €	100 €
verres mixtes complexe - très complexe	200 €	50 €	275 €	100 €	525 €	100 €
Verres très complexes	200 €	50 €	300 €	100 €	600 €	100 €

### Limitations liées à l'optique

**Lunettes** : prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

### Définitions des verres simples, complexes et très complexes



**Verres simples** : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

**Verres complexes** : verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

**Verres très complexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

## TABLEAU DE MONTANT DES GARANTIES - LIONS CLUBS INTERNATIONAL 103 FRANCE

Les montants des garanties, hors prestations forfaitaires en %PMSS ou en €, sont exprimés en incluant les remboursements du Régime Obligatoire de protection sociale.

AUDIOLOGIE	AUDIOLOGIE	RO	SOCLE	ESSENTIEL Option 1	CONFORT
 Audiologie	<b>Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans</b>				
	<b>Prestations jusqu'au 31 décembre 2020 :</b>				
	Prothèses auditives prises en charge par le RO	60%	100% BR	300% BR	350% BR
	Avec un forfait supplémentaire	0%			200 €
	<b>Prestations à partir du 1er janvier 2021</b>				
	Equipements 100 % santé <sup>(2)</sup>	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
	Equipements <b>hors 100 % santé</b> (dans la limite de 1700€ par appareil, tous les 4 ans) :				
	Prothèses auditives prises en charge par le RO	60%	100% BR	300% BR	350% BR + 200€
	Avec un forfait supplémentaire	0%			200€
	 Dentaire	<b>DENTAIRE (y compris actes de prévention)</b>			
Soins et prothèses 100 % santé <sup>(2)</sup>		Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation dès 2020			
Soins et prothèses <b>hors 100 % santé</b> :					
Soins dentaires hors inlays, onlays		70%	100% BR	100% BR	100% BR
Inlays, onlays		70%	100% BR	100% BR	200% BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO		70%	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO par an		0%		100€	250€
Orthodontie prise en charge par le RO par an		70% ou 100%	100% BR	200% BR	300% BR
Implantologie par an / bénéficiaire		0%		450€	450€ par implant(s) - max 2 implants par an
Parodontologie par an / bénéficiaire		0%		50€	100€
<b>Dentistes partenaires</b>					
Soins et prothèses 100 % santé <sup>(2)</sup>		Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation dès 2020			
Soins et prothèses <b>hors 100 % santé</b> :					
Soins dentaires hors inlays, onlays		70%	100% BR	100% BR	100% BR
Inlays, onlays		70%	100% BR	150% BR	225% BR
Prothèses		70%			
Prises en charge par le RO		70%	100% BR	200% BR	300% BR
Prises en charge par le RO par an		0%		100€	250€
Orthodontie prise en charge par le RO par an		70% ou 100%	100% BR	200% BR	300% BR
Implantologie par an / bénéficiaire	0%		450€	450€ par implant(s) - max 2 implants par an	
Parodontologie par an / bénéficiaire	0%		75€	125€	
<b>PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN</b>					
	RO	SOCLE	ESSENTIEL Option 1	CONFORT Option 2	
Option Assistance	0%	Include	Include	Include	

### Définitions des abréviations

**BR:** Base de Remboursement définie au conditions générales  
**CAS:** Contrat d'Accès aux Soins défini au conditions générales  
**FR:** Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO  
**TM:** Ticket Modérateur défini au conditions générales  
**RbtSS:** Remboursement du RO  
**RO:** Régime Obligatoire de protection sociale défini au conditions générales  
**RO:** Régime Obligatoire de protection sociale défini au conditions générales  
**PMSS:** Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 377 € pour l'année 2019. L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site <http://securite-sociale.fr> rubriques maladie / barème.  
**LPP:** Liste des Produits et Prestations établie par le RO

(1) Cette prestation concerne uniquement le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux.

(2) Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

(3) Et, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

TARIFS 2020<sup>(4)</sup>

Tarifs bloqués jusqu'au 31/12/2021

Cotisation TTC mensuelle en euro<sup>(5)</sup>

ÎLE DE FRANCE	SOCLE		ESSENTIEL Option 1		CONFORT Option 2	
	% PMSS	€	% PMSS	€	% PMSS	€
Adulte	1,033	35,441 €	1,599	54,814 €	2,129	72,982 €
Enfant	0,589	20,191 €	0,924	31,675 €	1,196	40,999 €

HORS ÎLE DE FRANCE	SOCLE		ESSENTIEL Option 1		CONFORT Option 2	
	% PMSS	€	% PMSS	€	% PMSS	€
Adulte	0,826	28,315 €	1,359	46,587 €	1,892	64,858 €
Enfant	0,5	17,140 €	0,796	27,287 €	1,092	37,434 €

(4) La cotisation ci-dessus s'entend Taxe de Solidarité Additionnelle de 6,27% et taxe (TCA) de 7,00% sur les contrats responsables comprises. Il est toutefois précisé qu'en cas d'évolution ultérieure des taxes, ce sont celles en vigueur à la date d'échéance de la cotisation qui seront appliquées.

(5) Sur la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) de 2020, soit 3 428 €.

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN 2020

Document non contractuel, fourni à titre d'information - Régime Général.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN 2020 - FORMULE SOCLE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20€	0€	0€	0€
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355€	247,70€	24€	83,30€
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431€	247,70€	24€	159,30€
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Équipement optique de classe A</b> (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125€	22,50€	102,50€	0,00€
<b>Lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire</b>	200€	0€	50€	150€
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Détartrage</b>	28,92€	20,24€	8,68€	0€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500€	84€	416€	0€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur deuxièmes pré-molaires	538,70€	84€	36€	418,70€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur molaires	538,70€	75,25€	32,25€	413,20€
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
<b>Aide auditive de classe I par oreille<sup>(7)</sup></b>	1100€	210€	140€	750€
<b>Aide auditive de classe II par oreille<sup>(7)</sup></b>	1476€	210€	140€	1126€
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Consultation d'un médecin traitant généraliste</b> sans dépassement d'honoraires	25€	16,50€	7,50€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> sans dépassement d'honoraires	30€	20€	9€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44€	20€	9€	15€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56€	15,10€	6,90€	34€

(6) Exemple de remboursement pour un bénéficiaire de 16 ans ou plus.

(7) Exemple de remboursement pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus.

# EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN 2020

## FORMULE ESSENTIEL OPTION 1

Document non contractuel, fourni à titre d'information - Régime Général.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN 2020 - FORMULE ESSENTIEL Option 1	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20€	0€	20€	0€
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355€	247,70€	107,30€	0€
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431€	247,70€	105,51€	77,79€
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Equipe-ment optique de classe A</b> (monture + verres) de verres unifocaux (équi-pe-ment 100% santé)	125€	22,50€	102,50€	0,00€
<b>Equipe-ment optique de classe B</b> (monture + verres) de verres unifocaux <sup>(1)</sup>	345€	0,09€	199,91€	145€
<b>Lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire</b>	200€	0€	200€	0€
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Détartrage</b>	28,92€	20,24€	8,68€	0€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur incisives, canines et premières pré-molaires (pro-thèse 100% santé)	500€	84€	416€	0€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur deuxièmes pré-molaires	538,70€	84€	156€	298,70€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur molaires	538,70€	75,25€	139,75€	323,70€
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
<b>Aide auditive de classe I par oreille</b> <sup>(2)</sup>	1100€	210€	840€	50€
<b>Aide auditive de classe II par oreille</b> <sup>(2)</sup>	1476€	210€	840€	426€
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Consultation d'un médecin traitant généraliste</b> sans dépassement d'honoraires	25€	16,50€	7,50€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> sans dépassement d'honoraires	30€	20€	9€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44€	20€	23€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56€	15,10€	13,80€	27,10€

(1) Exemple de remboursement pour un bénéficiaire de 16 ans ou plus.

(2) Exemple de remboursement pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus



# EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN 2020

## FORMULE CONFORT OPTION 2

Document non contractuel, fourni à titre d'information - Régime Général.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN 2020 - FORMULE CONFORT Option 2	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20€	0€	20€	0€
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355€	247,70€	107,30€	0€
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431€	247,70€	183,30€	0€
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Equipe-ment optique de classe A</b> (monture + verres) de verres unifocaux (équi-pe-ment 100% santé)	125€	22,50€	102,50€	0,00€
<b>Equipe-ment optique de classe B</b> (monture + verres) de verres unifocaux <sup>(1)</sup>	345€	0,09€	299,91€	45€
<b>Lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire</b>	200€	0€	200€	0€
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Détartrage</b>	28,92€	20,24€	8,68€	0€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur incisives, canines et premières pré-molaires (pro-thèse 100% santé)	500€	84€	416€	0€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur deuxièmes pré-molaires	538,70€	84€	276€	178,20€
<b>Couronne céramo-métallique</b> sur molaires	538,70€	75,25€	247,25€	216,20€
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
<b>Aide auditive de classe I par oreille</b> <sup>(2)</sup>	1100€	210€	890€	0€
<b>Aide auditive de classe II par oreille</b> <sup>(2)</sup>	1476€	210€	1215€ <sup>(3)</sup>	51€
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Consultation d'un médecin traitant généraliste</b> sans dépassement d'honoraires	25€	16,50€	7,50€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> sans dépassement d'honoraires	30€	20€	9€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44€	20€	23€	1€
<b>Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie</b> avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56€	15,10€	25,30€	16,60€

(1) Exemple de remboursement pour un bénéficiaire de 16 ans ou plus.

(2) Exemple de remboursement pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus

(3) Exemple de remboursement intégrant le forfait supplémentaire de la garantie «Aides Auditives» prévu par la formule CONFORT





ESPACE  
CLIENTS  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

## LA SOLUTION POUR VOUS FACILITER AU QUOTIDIEN LA GESTION DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



### UN ESPACE DÉDIÉ AUX AFFILIÉS

[www.contrat-groupe-groupama.fr](http://www.contrat-groupe-groupama.fr) propose également un espace dédié à vos adhérents.

Au sein de leur espace sécurisé, ils pourront :

- **consulter** leurs remboursements Santé,
- **ajouter** un nouvel ayant droit sur le contrat,
- **géolocaliser** un membre du réseau de professionnels de santé partenaires,
- **demander** la réédition de la carte de tiers payant,
- **se faire envoyer** une demande de prise en charge hospitalière.

**Par courrier :**  
**Groupama Paris Val de Loire**  
Gestion Assurances Collectives  
60 bd Duhamel du Monceau  
CS 10609 - 45166 Olivet

**Par mail :**  
assurancescollectives@groupama-pvl.fr

**Par téléphone :**  
02 38 49 78 08

### LE PRÉLÈVEMENT DES COTISATIONS SE FAIT DIRECTEMENT SUR LE COMPTE DE L'ADHÉRENT

- **à réception du mandat SEPA**, Groupama Paris Val de Loire procède à l'enregistrement de la demande et adresse pour information à l'adhérent un échéancier des cotisations qui seront prélevées pour l'année.
- **en cas d'évolution de sa structure familiale en cours d'année**, un échéancier est recalculé et adressé directement à l'adhérent.
- les prélèvements auront lieu tous les 10 de chaque mois.

### DES GARANTIES ASSISTANCE EN CAS DE COUP DUR\* :

- des informations santé
- le retour et hébergement d'un proche
- la garde d'enfants, conduite des enfants à l'école
- une aide ménagère à domicile
- la livraison de repas et médicaments

\* voir conditions d'attribution des garanties à l'annexe «services associés»

**Édition : Avril 2020**

**Groupama Paris Val de Loire** - Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire - Société d'Assurance Mutuelle immatriculée auprès du Registre du Commerce et des Sociétés de Créteil sous le numéro 382 285 260 - Entreprise Régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 dont le Siège social est sis 161 avenue Paul Vaillant-Couturier - 94258 Gentilly Cedex - [www.groupama.fr](http://www.groupama.fr). Document et visuels non contractuels - Crédit photo : Groupama Paris Val de Loire - Création graphique : Communication commerciale Groupama Paris Val de Loire.

**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.

[www.groupama-entreprises.fr](http://www.groupama-entreprises.fr)

**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. Entreprises régies par le code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09. Document et visuels non contractuels. Crédits photos : Shutterstock - Gyusko-Photo, Ikonoklast Fotografie, Ventdusud, B. Ryaposov, Goodluz, SpeedKingz, C. Brutlag, Gephoto, Ygrek / Shutterstock, Pixabay, Freepik.



**Groupama**  
PARIS VAL DE LOIRE

# BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION



Date d’effet :

## RÉSERVÉ À L’ASSUREUR

N° de contrat : ..... N° d’affiliation : ..... Effet     PTF :  
District : .....

## IDENTIFICATION DE L’AFFILIÉ(E) A REMPLIR PAR L’ADHÉRENT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Date de naissance :       Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal       Commune \_\_\_\_\_

N° de téléphone fixe         N° de portable         E-mail \_\_\_\_\_

Situation :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Concubinage

N° immatriculation Régime Obligatoire         N° organisme affiliation Régime Obligatoire

## IDENTIFICATION DU CONJOINT, PARTENAIRE OU CONCUBIN ET ENFANT(S) À CHARGE

Nom - Prénom(s)	Date de naissance	Lieu de naissance	N° immatriculation au Régime Obligatoire	N° Organisme du régime obligatoire	Rattachement au régime obligatoire

## OPTIONS DU CONTRAT

### CHOIX D’UNE FORMULE

#### 3 FORMULES AU CHOIX

- Formule **SOCLE**
- Formule **ESSENTIEL OPTION 1**
- Formule **CONFORT OPTION 2**

### AFFILIATION DU CONJOINT ET/OU DES ENFANTS

**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 relevé d’identité Bancaire et la photocopie de votre attestation de droits à l’assurance maladie, celle de votre conjoint, de vos enfants et leurs certificats de scolarité le cas échéant,
- Le mandat de prélèvement SEPA complété.

### IMPORTANT

- Si le mandat de prélèvement et le RIB ne sont pas joints au bulletin d’affiliation ou si le mandat est incomplet, votre demande éventuelle de souscription ne pourra être prise en compte.
- 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.

## INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, ci-jointes au verso.

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.

Cachet de la Caisse Régionale

Signature de l’affilié(e), à faire précéder de la mention manuscrite «Lu et approuvé»  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Les contrats d’assurance vie sont des contrats de **Groupama Gan Vie**, Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - 340 427 616 RCS Paris - APE : 6511Z. Siège social: 8-10 rue d’Astorg, 75008 Paris. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l’Autorité de Contrôle Prudentiel, sis 161 Avenue Paul Vaillant Couturier - 94258 Gentilly Cedex.

**Groupama Paris Val de Loire** - Caisse régionale d’Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire - Société d’Assurance Mutuelle immatriculée auprès du Registre du Commerce et des Sociétés de Créteil sous le numéro 382 285 260 - Entreprise Régie par le Code des assurances et soumise à l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 dont le Siège social est sis 161 avenue Paul Vaillant-Couturier - 94258 Gentilly Cedex - www.groupama.fr. Document et visuels non contractuels - Crédit photo : Groupama Paris Val de Loire - Création graphique : Communication commerciale Groupama Paris Val de Loire - 04/2020.



**Groupama**  
PARIS VAL DE LOIRE

# AVIS À L’AFFILIÉ

## CONTRAT SANTÉ

Au titre du contrat santé, les remboursements peuvent être effectués à partir de la télétransmission à l’assureur par le régime social de base de l’image des décomptes. Pour cela, l’assureur transmet à la caisse primaire d’assurance maladie ou à l’organisme de base votre identification et celles des membres de votre famille, nom, date de naissance, numéro de sécurité sociale. Vous pouvez à tout moment, conformément à la clause Informatique et Libertés ci-dessous, vous opposer à la communication de ces informations.



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Groupama Paris Val de Loire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions de Groupama Paris Val de Loire.

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

Prénom(s)  Date de naissance  /  /

Adresse : n° et Rue

Code postal  Commune  Pays

**IBAN** (International Bank Account Number) :

↑ À compléter éventuellement  
si compte à l'étranger

**BIC** (Bank Identifier Code) :

## NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Groupama Paris Val de Loire – 161 avenue Paul Vaillant-Couturier – 94250 Gentilly

**N° ICS : FR12ZZZ401374** (identifiant Créancier SEPA)

Signature du titulaire du compte

Paiement récurrent/répétitif

Date  /  /

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

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.

