

| NATURE DES SOINS   | MONTANT DU REMBOURSEMENT EN % DU REGIME OBLIGATOIRE |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  | REGIME OBLIGATOIRE                                  | GROUPAMA CONFORT<br>CONTRAT RESPONSABLE | REMBOURSEMENT TOTAL =<br>REGIME OBLIGATOIRE + GROUPAMA CONFORT  |   |
| <b>SOINS DE VILLE / SOINS MEDICAUX COURANTS</b>  |   |   |   |   |
| Honoraires des <b>médecins généralistes et spécialistes</b> conventionnés  | Optam / Optam-CO                                    |   | 200% BR   | 270 % BR  |
|  | Non Optam / Non Optam-CO                            | 70% BR                                  | 130% BR   | 200% BR   |
| Honoraires des <b>médecins généralistes et spécialistes</b> non conventionnés  | Optam / Optam-CO                                    | 70% sur TA                              | 200% sur TA   | 270% sur TA   |
|  | Non Optam / Non Optam-CO                            | 70% sur TA                              | 130% sur TA   | 200% sur TA   |
| Actes médicaux, anesthésie, chirurgie cabinet du médecin   | Optam / Optam-CO                                    | 70% BR                                  | 200% BR   | 270 % BR  |
|  | Non Optam / Non Optam-CO                            | 70% BR                                  | 130% BR   | 200% BR   |
| Auxiliaires médicaux (podologue, kine, infirmier)  |   | 60% BR                                  | 100% BR   | 160% BR   |
| Radios - Ecographies   | Optam / Optam-CO                                    | 70% BR                                  | 100% BR   | 170 % BR  |
|  | Non Optam / Non Optam-CO                            | 70% BR                                  | 100% BR   | 170 % BR  |
| Participation assuré : actes supérieurs à 120€   |   | Pas de prise en charge                  | Frais réels   | Frais réels   |
| Biologie médicale (laboratoire, Analyses actes en B et actes en P)   | Optam / Optam-CO                                    | 60% à 70% BR                            | 100% BR   | 160 % à 170% BR                                     |
|  | Non Optam / Non Optam-CO                            | 60% à 70% BR                            | 100% BR   | 160 % à 170% BR                                     |
| Médicaments / Frais pharmaceutiques remboursés par le régime obligatoire   |   | 15% à 100% BR                           | TM  | 100% BR   |
| Appareillage (sauf optique, dentaire et appareils auditifs)  |   | 60% BR                                  | 200% BR   | 260% BR   |
| Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale   |   | Pas de prise en charge                  | Pas de prise en charge  | Pas de prise en charge                              |
| Ostéopathie et chiropractie  |   | Pas de prise en charge                  |   |   |
| Pédicure / Podologue (Bénéficiaire + 55 ans)   |   | Possible si prescription médicale       | 30 euros X 3 (par an / assuré)  | 30 euros X 3 (par an / assuré)                      |
| <b>CURE THERMALE</b>   |   |   |   |   |
| Forfait thermal  |   | 65% BR                                  | 85%   | 150% BR   |
| Forfait surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires   |   | 70% BR                                  | 80%   | 150% BR   |
| Cures prescrites et acceptées: <b>Frais d'hébergement et transports/an</b> : sur présentation des factures acquittées des frais de transport et d'hébergement. |   | Soumis à conditions de revenus          | 10% PMMSA*  | 10% PMMSA* + éventuelle intervention Régime de base |
| <b>TRANSPORTS nouveautés 2024</b>  |   |   |   |   |
| Transports <b>non urgents</b> remboursés/acceptés par le régime obligatoire  |   | <b>55% BR</b>                           | 100% BR   | <b>155 % BR</b>                                     |
| Transports urgents remboursés/acceptés par le régime obligatoire   |   | 65% BR                                  | 100% BR   | 165% BR   |
| <b>HOSPITALISATION (1)</b>   |   |   |   |   |
| Honoraires de soins  | Optam / Optam-CO                                    | 80% BR à 100% BR                        | 200% BR   | 280% BR à 300 % BR                                  |
|  | Non Optam / Non Optam-CO                            | 80% BR à 100% BR                        | 100% BR à 120% BR   | 200% BR   |
| Chambre particulière (forfait par journée d'hospitalisation) sans limitation sauf psychiatrie ou neuro-psychiatrie limité à 30 jours par an et par assuré      |   | Pas de prise en charge                  | 70 € / Jour   | 70 € / Jour   |
| Participation assuré : actes supérieurs à 120€   |   | Pas de prise en charge                  | Frais réels   | Frais réels   |
| Frais de séjour  |   | 70% BR                                  | 200% BR   | 270% BR   |
| Forfait journalier hospitalier   |   | Pas de prise en charge                  | Frais réels   | Frais réels   |
| Frais d'accompagnant (Lit et repas)  |   | Pas de prise en charge                  | Pas de prise en charge  | Pas de prise en charge                              |
| <b>ASSISTANCE SANTE A DOMICILE</b>   |   |   |   |   |
| Les prestations d'assistance doivent être organisées par nos soins, ou avec notre accord et sous réserve d'un appel téléphonique préalable.                    |   | Pas de prise en charge                  | En cas d'immobilisation à son domicile, sans hospitalisation préalable, pour une durée de plus de 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées, faisant suite à une maladie ou un accident.<br>En cas d'immobilisation à son domicile suite à une hospitalisation pour maladie, accident ou intervention chirurgicale dans un établissement de santé pour une durée de plus d'une journée. |   |
| Forfait aide ménagère  |   | Pas de prise en charge                  | 20 heures (/an et/bénéficiaire)   |   |
| Téléconsultations <b>via prestataire QARE (3)</b>  |   | Pas de prise en charge                  | 6 téléconsultations gratuites /an/bénéficiaire accès via votre Espace client sur Groupama.fr  |   |

| NATURE DES SOINS  | MONTANT DU REMBOURSEMENT EN % DU REGIME OBLIGATOIRE |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
|   | REGIME OBLIGATOIRE                                  | GROUPAMA CONFORT<br>CONTRAT RESPONSABLE | REMBOURSEMENT TOTAL =<br>REGIME OBLIGATOIRE + GROUPAMA CONFORT   |  |
| <b>ACTES DE PREVENTION (Selon arrêté du 08 juin 2006)</b>   |   |   |  |  |
| Soins médicaux. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum et dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes prévus sur l'arrêté du 8 juin 2006 | Optam / Optam-CO                                    | Selon arrêté du 8 juin 2006             | 170% BR  | 170% BR+ intervention régime obligatoire   |
|   | Non Optam / Non Optam-CO                            |   | 150% BR  | 150% BR+ intervention régime obligatoire dans la limite d'un remboursement total de 200% |
| <b>PROTHESES AUDITIVES</b>  |   |   |  |  |
| PROTHESES AUDITIVES ( PANIER 100% SANTE )**   |   | 60%                                     | RESTE A CHARGE = 0 dans la limite de 100% du PLV*  |  |
| PROTHESES AUDITIVES (PANIER LIBRE avec accessoires)**   |   | 60%                                     | 235% BR  | 295%BR   |
| <b>DENTAIRE <sup>(2)</sup> nouveautés 2024</b>  |   |   |  |  |
| <b>SOINS CONSERVATEURS</b>  |   |   |  |  |
| Soins dentaires pris en charge par le Régime Obligatoire  |   | 60% BR                                  | 100% BR  | 160% BR  |
| Honoraires Chirurgiens dentistes  |   | 60% BR                                  | 200% BR  | 260% BR  |
| <b>PROTHESES DENTAIRES prises en charge par le RO</b>   |   |   |  |  |
| PANIER 100% SANTE tels que définis réglementairement et visés à l'article R871-2 code de la sécurité sociale  |   | 60% BR                                  | RESTE A CHARGE=0 dans la limite de 100% des HLF*   |  |
| PANIER LIBRE  |   | 60% BR                                  | 400% BR  | 460% BR  |
| IMPLANTOLOGIE : concerne tous les actes non remboursés par le RO en rapport avec l'implantologie dans la limite de 1 forfait par an et par bénéficiaire   |   | Pas de prise en charge                  | 250 € par an et par assuré   | 250 € par an et par assuré   |
| Prothèses dentaires définitives non prise en charge RO (Hors Nomenclature)  |   | Pas de prise en charge                  | 300 € / an / assuré  | 300 € / an / assuré  |
| Plafond de remboursement  |   |   | Pas de plafond   | Pas de plafond   |
| <b>OPTIQUE</b>  |   |   |  |  |
| Pour les adultes une paire de lunettes (1 monture+2verres) tous les 2 ans. Si changement de vue justifié par ophtalmologiste, possible tous les ans conformément à la réglementation sur les contrats responsables.   |   |   |  |  |
| PANIER 100% SANTE (chez partenaire ou non partenaire) tels que définis réglementairement et visés à l'article R871-2 code de la sécurité sociale  |   | 60%                                     | RESTE A CHARGE=0 dans la limite de 100% du PLV*  |  |
| PANIER LIBRE chez opticien non partenaire   |   | 60%                                     |  |  |
| Monture   |   | 60% BR                                  | 100 €  | 60% BR + 100 €   |
| Deux verres unifocaux simples   |   | 60% BR                                  | 55 €   | 60% BR + 55 €  |
| Un verre unifocal et Un autre verre   |   | 60% BR                                  | 95 €   | 60% BR + 95 €  |
| Deux Autres verres  |   | 60% BR                                  | 135 €  | 60% BR + 135 €   |
| Forfait Lentilles remboursées ou non (/an / par bénéficiaire)   |   | 60% ou 0% BR                            | 95 €   | 60% BR ou 0 % BR + 95 €  |
| DEFAUT VISUEL par oeil  |   | Pas de prise en charge                  | 305 €  | 305 €  |
| <b>OPTIQUE-PARTENAIRES SEVEANE</b>  |   |   |  |  |
| PANIER LIBRE chez opticien partenaire   |   | 60% BR                                  | <b>AVANTAGES PARTENARIAT SEVEANE</b> : grantie adaptation 6 mois, garantie casse 2 ans, réduction - 15% sur les montures, prise en charge traitement des verres amincissement, anti-rayures, anti-salissures, anti-reflets |  |
| Monture   |   | 60% BR                                  | 100 €  | 60% BR + 100 €   |
| Verres sélectionnés par l'assureur et SEVEANE-  |   | 60% BR                                  | Prise en charge intégrale des verres sélectionnés dans la grille du partenaire conformément à la réglementation relative aux contrats responsables   |  |
| Forfait Lentilles remboursées ou non /an / par bénéficiaire)  |   | 60% ou 0% BR                            | 110 €  | 60% BR ou 0 % BR + 110 €   |



## DEFINITIONS - COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS ASSOCIATION DE RETRAITES 2024 avec 100% SANTE FORMULE CONFORT et OPTIMUM

**TM** : ticket modérateur. C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire française avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise médicale. Les remboursements sont toujours accordés dans la limite des dépenses réelles.

**BR** : base de remboursement du régime obligatoire **RO** : Régime Obligatoire de Sécurité Sociale : MSA, CPAM, ...

**TA** Le Tarif d'Autorité « TA » correspond à un tarif forfaitaire appliqué par la caisse d'assurance maladie, servant au remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels de santé non-conventionnés

**PANIER 100% SANTE** : panier à prise en charge renforcée dans le cadre de l'article R 871-2 code sécurité sociale synonyme panier reste à charge = 0

**PANIER LIBRE** : panier hors 100% SANTE les professionnels de santé et leurs patients ont le libre choix des prestations sans PLV

**\*PLV** : prix limite de vente tels que définis règlementairement et visés à l'article R 871-2 code de la sécurité sociale

**\* HLF**: en dentaire Honoraires Limite de Facturation tels que définis règlementairement et visés à l'article R 871-2 code de la sécurité sociale

**\*\* PROTHESES AUDITIVES et PANIER 100% SANTE depuis le 01/01/2021** : la Base de Remboursement du RO = 400 € prise en charge dans la limite de 1700 € par oreille remboursement du RO compris.

(1) En cas d'hospitalisation demander une **Prise en charge** à **GROUPAMA Rhône-Alpes Auvergne 21 avenue de la Libération BP 34 63001 Clermont-Ferrand Cedex Tél. 09 74 75 21 02**

(2) **Pour les prothèses dentaires** (prises en charge ou non par le Régime Obligatoire) : Fournir un devis détaillé pour calcul de notre participation au Service Santé Groupama

(3) **QARE (6 téléconsultations gratuites)**: télécharger l'application QARE, créer son compte client à partir de son adresse mail personnelle et de son numéro de contrat figurant sur votre carte de tiers payant, compléter son profil avec ses données personnelles( âge, taille,poids, sexe, antécédants médicaux éventuels). Pour vos ayants droits majeurs, chaque ayant droit crée son propre compte à partir d'une adresse mail distincte de celle du souscripteur du contrat. En cas de difficultés appeler le 09 74 59 39 39 .

\*PMMSA (Plafond Mensuel Mutualité Sociale Agricole) au 01/01/2024 : 3864 € (montant actualisé au 1er janvier de chaque année) \*PAMSA (Plafond Annuel Mutualité Sociale Agricole) au 01/01/2024 : 46368 € (montant actualisé au 1er janvier de chaque année)

Au 01/01/2024 : \* 8% PMMSA = 309,12 €    12% PMMSA = 463,68 €    10% PMMSA = 386,40 €

\* convention Optam /Optam-CO : convention médicale visant la maîtrise des dépassements d'honoraires: Optam pour les médecins spécialistes de secteur 2, Optam Co pour les médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. Cette information doit être affichée dans la salle d'attente chez votre médecin ou vous pouvez consulter:<http://annuaire.sante.ameli.fr>

# LA RÉFORME « 100 % SANTÉ » EN OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOLOGIE



01/01/2020

- Un choix parmi
  - 17 modèles de montures adultes
  - 2 coloris différents
  - Valeur 30 € maximum



01/01/2021

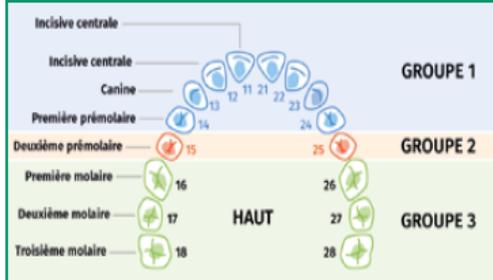
- Prise en charge d'une prothèse dentaire, selon localisation et matériaux utilisés de la dent
- Céramo-métallique sans reste à charge sur les dents visibles uniquement



01/01/2021

- Équipements de qualité : esthétique et performances techniques.

|  |                     | COURONNE              |                  |         |
|--|---------------------|-----------------------|------------------|---------|
|  |                     | GRUPE 1               | GRUPE 2          | GRUPE 3 |
|  | Incisive centrale   | GRUPE 1               |                  |         |
|  | Incisive centrale   |                       |                  |         |
|  | Carine              | GRUPE 2               |                  |         |
|  | Première prémolaire |                       |                  |         |
|  | Deuxième prémolaire | GRUPE 3               |                  |         |
|  | Première molaire    |                       |                  |         |
| Deuxième molaire   |                     |                       |                  |         |
| Troisième molaire  |                     |                       |                  |         |
|  |                     | CÉRAMIQUE             | 100 % Santé      |         |
|  |                     | MÉTAL                 | Tarifs maîtrisés |         |
|  |                     | CÉRAMIQUE EN ZICONE   | Tarifs maîtrisés |         |
|  |                     | CÉRAMIQUE SANS ZICONE | Tarifs maîtrisés |         |
|  |                     | CÉRAMO-MÉTALLIQUE     | Tarifs maîtrisés |         |
|  |                     | CÉRAMO-CÉRAMIQUE      | Tarifs maîtrisés |         |
|  |                     | SUR IMPLANT           | Tarifs libres    |         |