

Complémentaire santé

Section des anciens de la Mayenne



Notice d'information

Objet du contrat

Le contrat garantit, en complément des prestations versées par l'organisme de protection sociale de base et **dans la limite des frais réellement exposés**, le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, et d'hospitalisation supportés par l'assuré à la suite d'une maladie ou d'accident.

La participation forfaitaire mentionné au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale due par l'assuré pour chaque acte ou consultation pris en charge par le régime social de base et réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ne sera en aucun cas pris en charge par l'assureur.

Le montant des garanties est précisé dans le tableau joint.

Sauf stipulation contraire indiquée aux conditions particulières, le régime fournit une couverture complémentaire aux risques pris en charge par le RO et intervient après versement des prestations du RO de base.

Bénéficiaire(s)

Pour adhérer au contrat groupe Maladie complémentaire, il faut être :

- **adhérent de la section des anciens exploitants de la FDSEA de la Mayenne**

et

- **à la retraite, ou en préretraite**

Dans le cadre d'un couple, l'un des deux conjoints ou concubins, doit remplir les conditions ci-dessus.

Le non paiement de la cotisation d'adhésion à la section des exploitants de la FDSEA de la **Mayenne** fera perdre le bénéfice du contrat groupe, dans le délai prévu par l'article L 141-3 du code des assurances.

Sont considérés comme pouvant être garantis :

- **le retraité ou pré-retraité adhérent à la FDSEA de la Mayenne,**

- **son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un PACS,**

- **ses enfants, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire tels que définis aux conditions générales.**

La perte de qualité d'enfant à charge, de conjoint, de concubin se traduit par un maintien jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.



Païement des cotisations

L'appel de cotisation est adressé individuellement à chaque adhérent : il est personnellement responsable du règlement de sa cotisation. Les cotisations sont dues pour le mois au cours duquel a lieu la sortie ou le décès de l'adhérent.

Défaut de paiement

Conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit de l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure de payer. Celle-ci résulte de l'envoi d'une lettre recommandée, imposée par la réglementation en vigueur, qui peut stipuler que, dix jours après l'expiration de ce délai, si la cotisation n'est pas acquittée, le contrat est résilié.

Modification de tarif

Chaque année, le rapport sinistres à cotisations est établi pour l'ensemble des contrats de la catégorie frais de soins. La situation est établie au 30 juin de l'année qui suit la fin de l'exercice civil et tient compte de l'ensemble des cotisations et sinistres réglés pour l'exercice civil précédent.

L'assureur se réserve le droit de procéder à la modification de son tarif chaque année en fonction des résultats de l'ensemble des contrats de la catégorie et en fonction des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale publiés dans le rapport annuel des comptes nationaux de la santé.

Le nouveau taux d'appel sera appliqué au 1er janvier qui suit la date d'établissement du rapport sinistres à cotisations.

En cas de majoration des taux de cotisation, le contractant aura la possibilité de résilier le contrat dans un délai de 30 jours, à compter du jour où il en aura connaissance. A cet effet, il adressera une lettre recommandée à l'assureur. Un mois après l'envoi de cette lettre, le contrat sera résilié.

Le prorata de cotisation, afférent à la période de garantie courue jusqu'à la date de résiliation, sera calculé sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

Modification du régime social de base

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du régime social de base français.

Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie, en application de mesures législatives ou réglementaires, entraînent une modification des engagements pris par la contractante et l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

■ Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » :

L'assureur indiquera à la FDSEA 53 les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable » dans les conditions simplifiées définies par l'avant dernier alinéa de l'article L112-3 du Code des Assurances.

En cas de refus l'assureur adressera à la FDSEA 53 une lettre recommandée l'informant de la résiliation de son contrat.

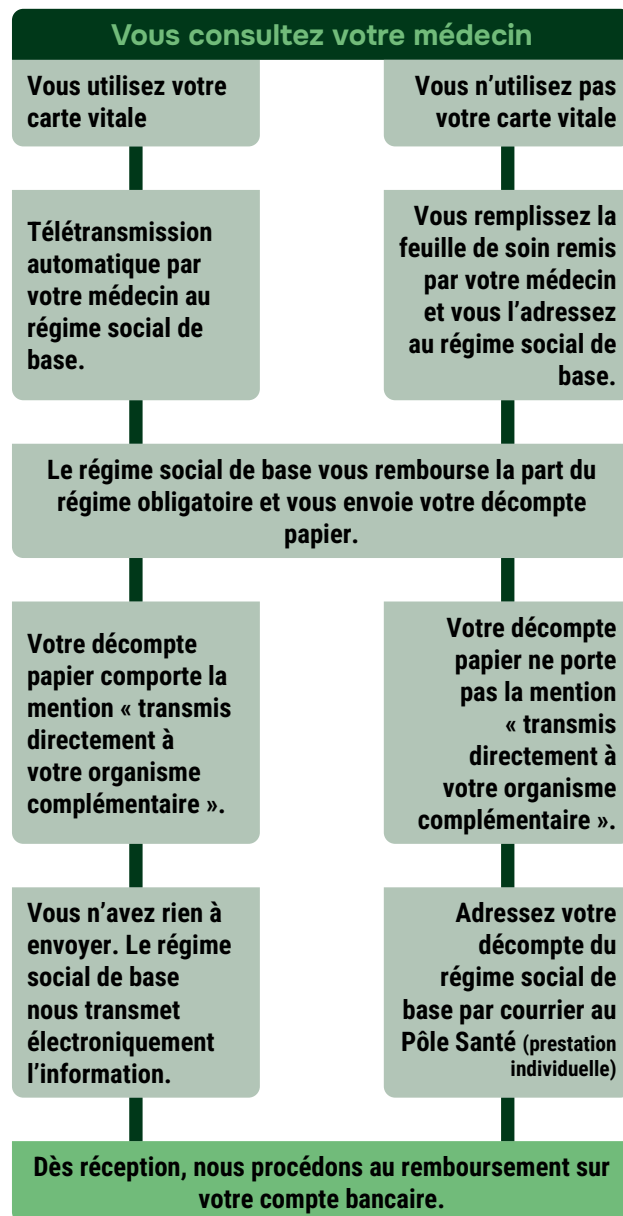
■ Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité Sociale :

L'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si la FDSEA 53 ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier le contrat 10 jours après sa notification par lettre recommandée. L'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.

Fonctionnement de vos remboursements

■ **Vous avez engagé des frais remboursés par votre régime de base** : grâce à la télétransmission vous n'avez plus aucun papier à envoyer et vous êtes remboursés plus rapidement ! Pour savoir si votre régime de base assure la télétransmission avec Groupama, vérifiez sur les décomptes papiers transmis que figure la mention : « Ce décompte a été transmis à votre organisme complémentaire ».

Important : pour permettre la télétransmission de vos données et le remboursement de vos soins, n'oubliez pas de nous signaler tout changement de situation : adresse, situation familiale, RIB... en nous adressant une copie de votre carte vitale.



■ **Vous avez engagé des frais non remboursés par votre régime de base** : certains soins ne sont pas remboursés par votre régime social de base mais sont pris en charge par votre complémentaire (osthéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, réflexologie, vaccins non remboursés...).

Adrezsez-nous la facture et/ou note d'honoraire au Pôle Santé de Saint Lô (adresse à retrouver au paragraphe « adresses de correspondance »).

■ **Vous bénéficiez du tiers payant Groupama** : en présentant votre attestation de tiers payant Groupama vous n'avez aucune avance de frais à réaliser.

Important : n'oubliez pas de mettre à jour votre carte vitale dès que votre nouvelle attestation de tiers payant Groupama est disponible.

En présentant votre carte vitale et votre attestation tiers payant Groupama, vous ne faites plus d'avance de frais chez :

- **Les pharmaciens**, pour tous les médicaments pris en charge par le régime social de base.
- **Les radiologues et laboratoires**, d'analyses biologique conventionnés «SP Santé».
- **Les auxiliaires médicaux** (infirmiers, orthophonistes, kinés...) conventionnés «SP Santé».
- **Les opticiens partenaires** de Groupama.
- **Les établissements hospitaliers publics pour les soins externes**, c'est à dire pour les soins réalisés dans une structure hospitalière sans nuitée.
- **Les établissements hospitaliers - hôpitaux et cliniques**, pour les soins réalisés dans le cadre d'une hospitalisation avec nuitée(s).

Pour demander une prise en charge hospitalière, contactez :

Le pôle Santé de Groupama Centre Manche au 09.69.36.10.11 (appel non surtaxé).

Adresses de correspondance

■ **Pour adhérer et/ou modifier le contrat :**

FDSEA de la Mayenne
Rue Albert Einstein Parc Technopole BP36135,
53810 Changé

■ **Pour vos prestations et prise en charge hospitalière :**

Par courrier :

Groupama Centre Manche
Prestations complémentaire santé
TSA 31 270
72 074 Le Mans Cedex 9

Par email :

sante@cm-groupama.fr

Par téléphone :

09.69.36.10.11 (appel non surtaxé)

Complémentaire santé

Cotisations et garanties

Cotisations 2026

Tarifs TTC par an	Formule 1	Formule 2
Tarif 70 ans et moins	966.78 €	1 108.69 €
Tarif 71 ans et plus	1 398.38 €	1 546.70 €

Effet de la garantie

Aucun délai de carence ne sera appliqué.

Aucun questionnaire médicale ne sera exigé pour adhérer au contrat.

Garanties

Les adhérents ont le choix entre 2 niveaux de garanties (voir tableaux ci-joint). Ce choix s'impose à l'ensemble de leur ayant droit. Un changement de niveaux de garantie est possible. Il prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande qui doit intervenir avant le 31 octobre de l'année en cours.

		Formule 1	Formule 2
Hospitalisation (y compris maternité, hors cure thermique)			
Honoraires	Médecin adhérent OPTAM	170% BR	220% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	150% BR	200% BR
Actes chirurgicaux	Médecin adhérent OPTAM	170% BR	220% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	150% BR	200% BR
Frais de séjour	En établissement conventionné	150% BR	200% BR
	En établissement non conventionné		
Forfait journalier hospitalier		100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour ⁽¹⁾		50 €	50 €
Frais d'accompagnement ⁽¹⁾		30 €	30 €
Transport pris en charge par le RO		100% BR	100% BR
Forfait TV, journaux, téléphone ⁽¹⁾		5 €/jour	5 €/jour
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	170% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	150% BR
Médecin spécialiste	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	170% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	150% BR
Radiologie, Electro radiologie	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	120% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie non pris en charge		50 €	50 €
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux		100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	Médecin adhérent OPTAM	120% BR	120% BR
	Médecin non adhérent OPTAM	100% BR	100% BR
Matériel médical			
Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)		100% BR	100% BR



		Formule 1	Formule 2
Médicaments			
Médicaments - Frais pharmaceutiques (dont vaccins) prescrits médicalement et pris en charge par le RO		100% BR	100% BR
Autres soins pris en charge par le régime obligatoire			
Frais de transports médicaux		100% BR	100% BR
Frais thermaux pour les cures acceptées par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)		100% BR + 100 €	100% BR + 125 €
Aides auditives : prestations à partir du 01/01/2021 - Prise en charge d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans et par bénéficiaire			
Equipements 100% Santé ⁽²⁾		Pris en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)	
Equipements hors 100% Santé adulte (personne âgée de 20 ans et plus)		100% BR	100% BR + 300 €
Equipement hors 100% Santé enfant (personne âgée de moins de 20 ans)		100% BR	100% BR + 300 €
Prévention santé au quotidien			
Vaccins prescrits médicalement mais non pris en charge par le RO		50 €	50 €
Actes ou frais d'acupuncture, de chiropractie, d'étiopathie, d'ostéopathie, de podologie, de pédicure, de réflexologie non pris en charge par le RO		4 * 30 € par an et par personne	4 * 30 € par an et par personne
Assistance		Incluse	Incluse
Optique : Prise en charge d'un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, 1 par an et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés sans délai) ⁽³⁾			
Equipements 100% Santé ⁽²⁾		Prise en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)	
Equipements hors 100 Santé	Equipement à verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	175 €	190 €
	Equipement comportant un verre unifocal simple et un autre verre ⁽⁶⁾	225 €	225 €
	Equipement à verres autres ⁽⁷⁾	262 €	275 €
	Dont monture	100 €	100 €
	Lentilles correctrices prescrites médicalement prises en charge par le RO, par an et par personne assurée	100 €	100 €
Optique dans le réseau Sévéane : Prise en charge d'un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, 1 par an et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés sans délai) ⁽³⁾			
Verres sélectionnés		Prise en charge intégrale de la sélection de verres et traitement	
Monture si verres sélectionnés ⁽⁹⁾		100 €	100 €
Equipement à verres autres et autres frais d'optique		Les montants de prestations prévus dans la rubrique optique (hors réseau Sévéance) ci-dessus demeurent applicables	
Optique autres prestations			
Lentilles correctrices prescrites médicalement référencées à la LPP mais non prises en charge par le RO, par an et par personne		100 €	100 €
Traitement des corrections visuelles par chirurgie réfractive, par œil ⁽¹⁰⁾		250 €	350 €
Traitement particulier pour les verres		20 €	30 €
Dentaire			
Soins et prothèses 100 santé ⁽²⁾		Pris en charge dans le respect des honoraires limites de facturation	
Soins et prothèses hors 100 santé ⁽²⁾	Soins	100% BR	100% BR
	Inlays / Onlays	170% BR	270% BR
	Inlay Core	170% BR	270% BR
	Prothèses prises en charge par le RO	170% BR	270% BR
Prothèses non prises en charge par le RO (par an et par personne assurée)		170% BR	270% BR
Orthodontie prise en charge par le RO		200% BR	300% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO (par an et par personne assurée)		-	200 €
Parodontologie (par an et par personne assurée)		-	150 €
Implantologie non prise en charge par le RO (par an et par personne assurée)		100 €	400 €

		Formule 1	Formule 2
Dentaire dans le réseau Sévéane			
Soins et prothèses 100 santé ⁽²⁾		Pris en charge dans le respect des honoraires limites de facturation	
Soins et prothèses hors 100 santé ⁽²⁾	Soins	100% FR	100% FR
	Inlays / Onlays	220% BR	320% BR
	Inlay Core	220% BR	320% BR
	Prothèses prises en charge par le RO	220% BR	320% BR
Prothèses non prises en charge par le RO (par an et par personne assurée)		220% BR	320% BR
Orthodontie prise en charge par le RO		200% BR	300% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO (par an et par personne assurée)		-	200 €
Parodontologie par an et par personne assurée (par an et par personne assurée)		50 €	150 €
Implantologie non prise en charge par le RO (par an et par personne assurée)		200 €	400 €

Les prestations exprimées en % comprennent le remboursement du RO au titre de l'assurance Maladie ou Maternité dans la limite des frais réels et de celles prévues aux conditions générales.

(1) La prise en charge est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation psychiatrique.

(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.

(4) En cas de renouvellement de la monture seule, le montant de la prestation est fixé à 100€ et limité aux frais réellement engagés.

(5) Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +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.

(6) Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; 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 S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(7) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(8) Verres et leur traitement particulier sélectionnés entre l'assureur et les opticiens membres du réseau Sévéane dans la limite pour l'équipement complets des montants minimum et maximum prévus par la réglementation relative au contrat responsable.

(9) Ce service de tiers payant s'applique également au forfait journalier des établissements hospitaliers pour son montant fixé dans les conditions prévues à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

(10) 2 forfaits par bénéficiaire sur la durée du contrat.

Définitions des abréviations

BR : Base de remboursement.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

TM : Ticket Modérateur défini aux conditions générales.

RbtSS : Remboursement du RO.

RO : Régime Obligatoire de protection sociale défini aux conditions générales.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 925 € par mois pour l'année 2025.

LPP : Liste des Produits et Prestations établie par le RO.

Complémentaire santé

Bulletin d'adhésion au contrat groupe FDSEA de la Mayenne section des anciens exploitants



Formulaire à adresser à la FDSEA de la Mayenne

Date d'effet :

Adhésion ☐ Modification ☐ Annulation ☐

Choix de la formule : Formule 1 ☐ Formule 2 ☐

Adhérent :

NOM - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

N° d'organisme ⁽¹⁾ :

CPAM

MSA

Autre

Si autre, précisez :

Conjoint(e) / Concubin(e) / Partenaire :

NOM - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

N° d'organisme (1) :

CPAM

MSA

Autre

Si autre, précisez :

Si assuré Groupama Centre Manche :

N° Sociétaire :

Si non assuré Groupama Centre Manche :

Formule de paiement ⁽²⁾ (cocher l'option choisie)

Paiement annuel (janv.) Par TIP Par prélèvement au 15

Paiement semestriel Par prélèvement au 15

Paiement trimestriel Par prélèvement au 15

Paiement mensuel Par prélèvement au 15

(1) Merci de joindre au présent document la photocopie de l'attestation délivrée avec votre carte Sésame Vitale.

(2) Merci de joindre un relevé d'identité bancaire.

Fait à :

Signature :

Le :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À compléter pour toute souscription facultative : conjoint, enfants, surcomplémentaire du salarié et de ses ayant 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 : Prénoms :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

IBAN (International Bank Account Number) :

BIC (Bank Identifier Code) :

Nom et adresse du créancier

Groupama Centre Manche - 10 rue Blaise Pascal CS 40337 - 28008 Chartres Cedex
N° ICS (Identifiant Créancier SEPA) : FR66ACC412624

Paiement récurrent / répétitif

Date :

Signature du titulaire du compte :

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

Les informations contenues dans le présent mandat, complété, sont destinés à être utilisés 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 06/01/1978 modifiée, relative à l'informatique, ax fichiers et aux libertés.

Groupama à l'écoute de vos besoins

Pour vous et vos proches

Assurances santé et prévoyance, assistance, téléassistance, protection juridique...

Pour vos biens

Assurances 4 et 2 roues (auto, moto, vélo, camping-car...), assurance habitation, télésurveillance...

Pour vos projets

Assurance-vie, épargne-retraite...

Pour les conditions et limites des garanties et des services présentés dans ce document, se reporter au contrat ou voir auprès de votre conseiller Groupama.

Toujours à vos côtés avec groupama.fr/contact



**Appeler
ou être rappelé**



**Prendre
rendez-vous**



**Envoyer
un e-mail**



**Géolocaliser
une agence**