

LE RAMA, C'EST UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

↳ Réservée aux retraités des sociétés d'assurances

SOUPLE

Le choix d'une **formule** n'est pas définitif. **Vous pouvez choisir** d'augmenter ou diminuer vos garanties en changeant de formule tous les 2 ans.

FAMILIALE

Vous pouvez également **souscrire à l'une des formules pour votre conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS et vos enfants à charge au sens fiscal**. Vous pouvez choisir des formules différentes pour **vous-même et le reste de votre famille**.

ADAPTÉE

Plusieurs formules selon vos besoins et votre budget. De la formule 1 de base à la formule 5 haut de gamme, en passant par la formule 2bis qui offre les garanties similaires à celles du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP), vous restez libre de choisir.

RESPONSABLE

Votre contrat **RAMA** respecte les exigences légales et réglementaires applicables aux "contrats responsables", notamment les dispositions concernant la réforme du 100% santé dont l'objectif est de garantir l'accès aux soins sans aucun reste à charge pour l'assuré.

PRATIQUE

Retrouvez tous nos services en ligne en vous connectant sur votre espace client.

TIERS PAYANT

Vous bénéficiez automatiquement du tiers payant généralisé pour la médecine de ville et les établissements de santé. Vous pouvez également bénéficier du tiers payant pour vos dépenses en optique, dentaire, et audioprothèse à la condition de choisir parmi l'une des plates-formes de santé proposées (Itelis, Santéclair, Sévéane).

ACTION SOCIALE

La Crepsa Action sociale prévoit, sous conditions, une participation sur :

- le montant de la prime RAMA.
- Retrouver les conditions en ligne sur le site www.b2v.fr (particulier/mes aides et services action-sociale/préserver sa santé et son bien-être)



LE RAMA EN DEUX MOTS

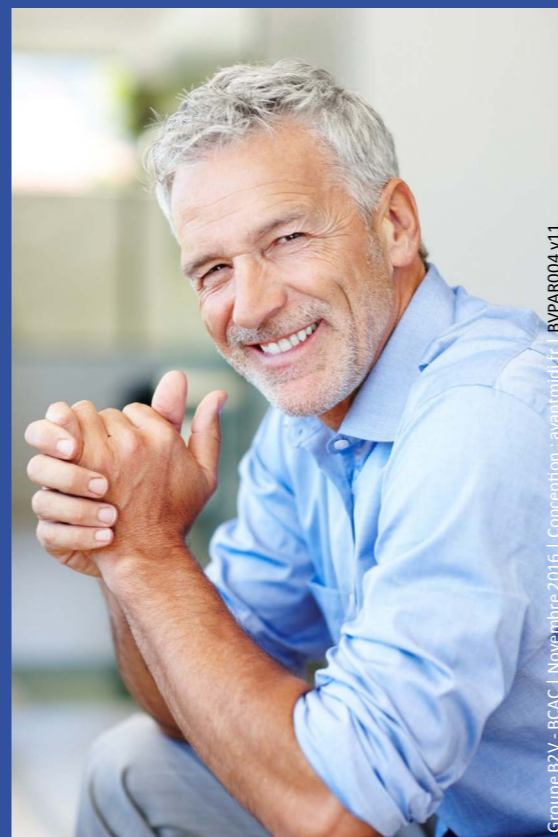
Régime d'Assurance Maladie des Allocataires, le RAMA est la complémentaire santé proposée aux retraités des sociétés d'assurances. La gestion est confiée au Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC). Le BCAC gère la retraite supplémentaire, la santé et prévoyance des salariés et retraités de l'assurance et de leur famille, soit 315 000 personnes.

Une question sur le RAMA ?

Envoyer votre demande via relationadherent@bcac.igestion-gd.fr
ou écrivez à :
BCAC - Centre de Gestion
Santé et Prévoyance
TSA 50001
15 rue Paul Dautier
78457 Vélizy Villacoublay Cedex

BCAC

BCAC



© Groupe B2V - BCAC | Novembre 2016 | Conception : avantmidj.fr | BVPAR004 v11



- **Pratique** : des services en ligne variés accessibles via votre espace client www.bcac-adherent.gestionsante.fr :
- carte de tiers payant dématérialisée,
 - consultation de vos règlements,
 - prise en charge hospitalière,
 - alerte par mail à chaque paiement,
 - et bien d'autres.

- **Adaptée** : plusieurs formules selon vos besoins et votre budget.

RAMA
UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
CONÇUE SPÉCIALEMENT POUR VOUS

↳ Réservé aux retraités des sociétés d'assurances

Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC), GIE régi par les articles L 251-1 et suivants du Code de commerce, immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro C 312 395 684 et dont le siège social se situe 4 place des saisons - 92400 Courbevoie, mandataire des entreprises d'assurance coassurant le contrat.



POUR ADHÉRER À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RAMA*, PLUSIEURS FORMULES AU CHOIX

1 Choisissez pour vous-même parmi les formules ci-contre celle qui vous semble la plus adaptée. Par exemple, la **formule 1** constitue la première garantie de base. La **formule 2 bis** offre des garanties similaires à celles du Régime des actifs (RPP). La **formule 5** offre un niveau de remboursement élevé, par exemple en optique, dentaire, audio prothèse.

2 Choisissez pour les membres de votre famille la formule qui leur convient.

3 Remplissez le bulletin d'adhésion, en cochant la (ou les) formule(s) choisie(s), ainsi que le mandat de prélèvement.

4 Déposez-le en ligne via votre espace client en y joignant votre mandat de prélèvement, votre RIB, la copie de votre attestation de droits à l'assurance maladie.

Vous disposez d'un délai de 6 mois à compter de votre départ à la retraite pour nous retourner votre bulletin d'adhésion. Vos garanties débutent dès la prise d'effet de votre retraite si le bulletin d'adhésion a été retourné dans les délais. Dès la prise en compte de votre demande, vous recevrez une confirmation d'adhésion ainsi que votre attestation de tiers payant. En cas de cumul d'une pension de retraite et de revenus professionnels, si vous bénéficiez d'une couverture maladie obligatoire au titre de l'activité professionnelle, vous pouvez, pour vous-même et votre famille, demander la suspension de vos primes et garanties du RAMA pendant ce cumul.

* Contrat responsable : En application de l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale, les garanties ne couvrent pas les majorations du ticket modérateur, les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire et les franchises appliquées par la Sécurité sociale.

BARÈME DES REMBOURSEMENTS MALADIE POUR LES ACTES EFFECTUÉS AU 1^{ER} JANVIER 2024, INCLUANT LE REMBOURSEMENT SS, SAUF MENTION PARTICULIÈRE

PRIME ET NATURE DES DÉPENSES	FORMULE 1	FORMULE 2BIS	FORMULE 3	FORMULE 5
Prime annuelle par personne au 1 ^{er} janvier 2024	891 €	de 60 à 65 ans : 681 € de 66 à 69 ans : 822 € de 70 à 74 ans : 957 € de 75 à 79 ans : 1080 € à compter de 80 ans : 1203 €	1059 €	1893 €
NATURE DES DÉPENSES	FORMULE 1	FORMULE 2BIS	FORMULE 3	FORMULE 5
HOSPITALISATION				
Honoraires				
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	164% BR	280% BR	164% BR	280% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	144% BR	200% BR	144% BR	200% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité exonérés du TM adhérent à un DPTAM	205% BR	300% BR	205% BR	300% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité exonérés du TM (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent	185% BR	200% BR	185% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾
Frais de séjour	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾
Forfait Patient Urgence *	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu
Chambre particulière	16,72€/jour	1,5% PMSS/jour	16,72€/jour	2,5% PMSS/jour
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Généralistes et spécialistes adhérent à un DPTAM	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	270% BR ⁽²⁾
Généralistes et spécialistes (conventionnés et non-conventionnés) – non adhérent à un DPTAM	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Actes de spécialité DPTAM	100% BR	270% BR	100% BR	270% BR
Actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) hors DPTAM	100% BR	200% BR	100% BR	200% BR
Actes de chirurgie de ville DPTAM	143,50% BR	270% BR	143,50% BR	270% BR
Actes de chirurgie de ville (conventionnés et non-conventionnés) hors DPTAM	123,50% BR	200% BR	123,50% BR	200% BR
Radiologie DPTAM	100% BR	245% BR	100% BR	270% BR
Radiologie hors DPTAM	100% BR	200% BR	100% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	260% BR
Analyses et examens de laboratoires	100% BR	100% BR	100% BR	260% BR
Psychologie **	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Médicaments				
Médicaments à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à 30%	38,7% BR	51% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à 15%	15% BR	36% BR	15% BR	100% BR
Transport (accepté par la S.S)	100% BR	195% BR	100% BR	195% BR
Matériel médical (remboursé S.S)				
Prothèses - Petit appareillage	164% BR	180% BR	164% BR	190% BR
Prothèses - Grand appareillage	220% BR	260% BR	220% BR	260% BR
Prothèses - Grand appareillage exonéré du TM	260% BR	300% BR	260% BR	300% BR
Autres (remboursés par la sécurité sociale) : dispositifs médicaux et prestations inscrits à la liste prévue par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des dispositifs médicaux intégrés dans d'autres postes	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% Santé ***		Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation		
Soins dentaires hors 100% Santé	100% BR	105% BR	100% BR	270% BR
Inlay-onlay	100% BR	105% BR	100% BR	10% du PMSS par an ⁽⁴⁾
Prothèses dentaires hors 100% Santé	182% BR	210% BR	245% BR	17% du PMSS ⁽⁴⁾
				• de 1 à 5 dents : 30% PMSS • de 6 à 10 dents : 40% PMSS • plus de 10 dents : 50% PMSS, Avec une limite de 1800 euros par an, quel que soit le nombre de dents. ⁽⁴⁾
Appareillage dentaire autres que 100% Santé (prothèse amovible)	182% BR	210% BR	245% BR	30% du PMSS (limité à 2 dents par an et à 1800€/an) ⁽⁴⁾
Implants dentaires	/	/	/	/
AIDES AUDITIVES				
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans et dans le respect des plafonds de remboursement réglementaires. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment.				
Equipements 100% Santé ***		Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des prix limites de vente		
Equipements autres que 100% Santé	164% BR	180% BR	164% BR	190% BR
AUTRE ACTES				
Cures thermales (avec accord de la SS) : Hébergement	/	/	Forfait de 20% PMSS par an et par bénéficiaire (limité à 100% FR)	Forfait de 25% PMSS par an et par bénéficiaire (limité à 100% FR)
Médecines douces (sans prescription médicale et sur facture établie par le praticien) : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, orthophoniste, orthoptiste, pédicure - podologue, diététicien, microkinésithérapeute, cryothérapeute et psychomotricien	/	/	/	Forfait de 150 euros par an et par bénéficiaire
PREVENTION				
Consultations - Actes de prévention (acceptées par la S.S.)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE (SUITE)				
Lentilles (acceptées par la S.S./an)	/	360% BR	/	15% PMSS
Chirurgie réfractive ou Kératotomie	/	250€ par œil	/	250€ par œil

* Dans les cas spécifiques où la prise en charge de la Sécurité sociale est de 100% (ex affection de longue durée), les prestations du régime sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur.

* Participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement

** Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site MonPsy (<https://monpsy.sante.gouv.fr/annuaire>).

Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022 ;
- être adressé à un psychologue par lettre de son médecin traitant ou d'un médecin impliqué dans sa prise en charge (orientation valable six mois).

*** Tels que définis réglementairement

(1) Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

(2) Pour une consultation chez le généraliste en secteur 1 à 26.50 € la prise en charge de la S.S.s'élèvera à 17.55 €, celle de la complémentaire à 7.95 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 €.

(3) Auxiliaires : Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues

(4) Remboursement en sus de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement. FR : Frais réel. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. S.S. : Sécurité sociale. DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM, OPTAM-CO. OPTAM/OPTAM-CO : Options des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les limites établies par la convention. PLV : Prix limite de vente. 100% Santé : Dispositif qui a pour objectif de garantir l'accès aux soins sans aucun reste à charge pour l'assuré. Son principe consiste à proposer un ensemble de prestations, appelés « Paniers », des soins identifiées qui répond aux besoins de santé nécessaires. La composition des prestations des Paniers est définie réglementairement.