

CONTRAT GROUPE NATIONAL

RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



Les cotisations et les prestations sont révisables chaque année.
Les prestations précisent la prise en charge du ticket modérateur (TM) et l'éventuelle prise en charge des dépassements exprimée en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros.
Le total perçu par l'adhérent (prestation Sécurité sociale + remboursement BPCE Mutuelle) ne peut pas excéder la dépense engagée.

Sécurité sociale
(valeurs indicatives)

Remboursements
BPCE Mutuelle
dans la limite de ⁽¹⁾

Total pour l'adhérent
à titre indicatif
(Sécurité sociale + remboursement mutuelle)

HOSPITALISATION

Honoraires médicaux ou chirurgicaux	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Frais de séjour	80% ou 100% BR	TM + 100 % BR	200% BR
Actes techniques médicaux en hospitalisation	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Frais de chambre particulière (y compris hospitalisation ambulatoire et maternité) Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire	-	50 € / jour	50 € / jour
Forfait hospitalier	-	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait hospitalier psychiatrique	-	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais d'accompagnant ⁽²⁾	-	100% des frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	100% des frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	-	100% des frais réels	100% des frais réels

MÉDECINE COURANTE

Consultations et visites généralistes ⁽³⁾	70% BR	TM + 100% BR (TM + 80% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	200% BR (180% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres ⁽³⁾	70% BR	TM + 200% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Actes de spécialité et radiologie ⁽³⁾	70% BR	TM + 200% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	-	100% des frais réels	100% des frais réels
Analyses médicales	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
Frais de transport	65% BR	TM + 100% BR	200% BR
Pharmacie à 65 %	65% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 30 %	30% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %	15% BR	TM	100% BR

MÉDECINE DOUCE

Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
---	---	--	--

APPAREILLAGE

Petit appareillage	60% BR	TM + 160% BR	260% BR
Grand appareillage	100% BR	TM + 200% BR	300% BR
Prothèses Auditives Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par année civile	60% BR	TM + Forfait 600 € par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille

DENTAIRE

Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
Inlay core accepté par la Sécurité sociale	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Bridge 3 éléments accepté par la Sécurité sociale - Forfait par bridge	70% BR	TM + 1 170 € / bridge	100% BR + 1 170 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire	70% BR	TM + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	70% BR	TM + 350% BR	450% BR
Implants dentaires refusés par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire	-	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an
Parodontologie refusée par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-	250 € / an	250 € / an
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	350% BR

OPTIQUE

Équipement optique L'équipement optique est défini par la réglementation du contrat responsable. Il est constitué d'une monture et de deux verres. Son remboursement peut donner lieu à plafonnement compte tenu des obligations réglementaires sur le contrat responsable ⁽⁴⁾			
* Monture - Prise en charge d'une monture par période de deux ans pour les adultes ⁽⁵⁾ et d'un an pour les enfants mineurs	60% BR	100 € - RSS	100 €
* Verres - Prise en charge de deux verres par période de deux ans pour les adultes ⁽⁵⁾ et d'un an pour les enfants mineurs	60% BR	2 340% BR	2 400% BR
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période ⁽⁶⁾ de deux ans	60% BR	TM + Forfait 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait 300 €
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie

FORFAIT THERMAL OU THALASSOTHERAPIE

accepté(e) par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile ⁽⁷⁾	65% BR	Forfait 125 €	65% BR + Forfait 125 €
---	--------	---------------	------------------------

NAISSANCE / ADOPTION

Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption ⁽⁸⁾	-	Forfait de 20% du PMSS par enfant	Forfait de 20% du PMSS par enfant
--	---	-----------------------------------	-----------------------------------

AUTRES FRAIS

Frais de santé donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, dont la prise en charge par la mutuelle n'est pas prévue dans les garanties figurant ci-dessus ⁽⁹⁾	RSS	TM	100% BR
--	-----	----	---------

ACCÈS AUX SERVICES D'ASSISTANCE⁽¹⁰⁾

	Inter Mutuelles Assistance (IMA)		
--	----------------------------------	--	--

(1) Le taux du Régime Général de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affection Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent au OPTAM/OPTAM-CO.

(2) Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : BPCE Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant

(3) Si parcours de soins coordonnés - Les différentes mesures en cas de non respect du parcours de soins coordonnés sont définies par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

(4) Les prestations optiques répondent à la nouvelle réglementation des contrats responsables et assurent la prise en charge d'un «équipement» constitué de deux verres et d'une monture par période encadrée (un ou deux ans). Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture).

(5) Sauf en cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite pour les adultes à un an

(6) Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition des premières lentilles. Cette période est distincte et indépendante de la période relative à l'achat de lunettes.

(7) Soins réalisés pendant la cure (frais d'hydrothérapie). Il n'inclut pas la surveillance médicale (qui relève de consultations et d'actes médicaux), ni les frais de transport (qui relèvent de la prestation « frais de transport »), ni l'hébergement.

(8) Le versement de ce forfait est conditionné à l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant droit du contrat dans les trois mois suivant sa naissance ou son adoption.

(9) Hors prestations de santé mentionnées aux points 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale, conformément à la réglementation des contrats responsables.

(10) Voir notice Assistance IMA.

LEXIQUE :

RSS	= Remboursement de la Sécurité sociale
BR	= Base de Remboursement de la Sécurité sociale
TM	= ticket modérateur = 100% BR - RSS
PMSS	= Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
OPTAM	= Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO	= Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens

LES AVANTAGES DE BPCE MUTUELLE

- Une **OFFRE COMPLÈTE** (hospitalisation, dentaire, optique...), en conformité avec la réglementation des contrats responsables, et limitant la taxation de vos cotisations (voir encarts ci-dessous)
- Une **PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE** dès réception de votre adhésion, sans délai de carence
- Le **TIERS PAYANT ÉTENDU À DE NOMBREUSES GARANTIES** dont l'optique et le dentaire grâce à la mutuelle et au réseau de soins vous évitant l'avance de frais et vous permettant de maîtriser votre reste à charge
- La télétransmission entre la Sécurité sociale et BPCE Mutuelle pour un **REMBOURSEMENT RAPIDE** sans envoi des justificatifs des dépenses de santé
- L'accès à votre espace personnel sur notre site internet www.bpcemutuelle.fr vous y trouverez :
 - le suivi des derniers remboursements,
 - le service du décompte dématérialisé,
 - la géolocalisation des professionnels de santé,
 - les devis en ligne...
- La **GESTION DE VOS GARANTIES** traitée en interne par une équipe de professionnels expérimentés

NOTRE RÉSEAU DE SOINS



AVEC SANTÉCLAIR VOUS ACCÉDEZ À UNE GAMME COMPLÈTE DE SERVICES SUR PRÉSENTATION DE VOTRE CARTE D'ADHÉRENT MUTUALISTE



- Garantie de la qualité au meilleur prix et des services préférentiels
- **Tiers payant : pas d'avance de frais sur la part complémentaire**
- Service d'analyse et de conseil de devis
- + de 7 200 professionnels de santé partenaires au plus proche de chez vous (coordonnées disponibles via notre site)
- **Des tarifs négociés de 15 à 50% moins chers par rapport au prix moyen du marché**

CONTRAT RESPONSABLE

Instauré en 2006 il encourage les patients à suivre les parcours de soins coordonnés et évite de creuser le déficit de la Sécurité sociale.

Le contrat responsable :

- crée un socle minimum pour les complémentaires santé avec prise en charge :
 - obligatoire du Ticket Modérateur,
 - intégrale du forfait journalier hospitalier et psychiatrique, sans limitation de durée.
- réforme le remboursement des lunettes par les complémentaires santé :
 - définition de l'équipement optique: 1 monture + 2 verres ;
 - encadrement par un forfait de la prise en charge d'un équipement, selon la correction.

- Limite la prise en charge à 1 équipement optique pour 2 ans pour les adultes (1 an si évolution de la vue), 1 an pour les enfants ;
- limite le remboursement des honoraires des praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO *.

Le caractère responsable d'une complémentaire santé permet à ses adhérents de réduire la taxation de 7%.

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée - Chirurgie Obstétrique

OPTAM ou OPTAM-CO

Ces dispositifs ont pour but de contrôler et d'encadrer les dépassements d'honoraires qui ont très fortement augmenté ces dernières années, au point qu'un nombre croissant de personnes renonce à certains soins.

Médecins concernés

- exerçant en secteur 2* ou titulaires d'un droit à dépassement permanent**,
 - titulaires des titres requis pour exercer en secteur 2 et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013.
- Ont adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO sur la base du volontariat.

Engagements du médecin

Notamment ne pas dépasser un taux moyen de 100% de dépassements d'honoraires et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

Avantages pour le patient

Un meilleur remboursement de la Sécurité sociale et de sa complémentaire santé.

Votre médecin est-il adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO ?

Connectez-vous sur www.ameli.fr rubrique *choisir un professionnel de santé*.

*secteur 2: le médecin fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

**Droit permanent à dépassement : médecin de secteur 1 bénéficiant d'un droit permanent à dépassement d'honoraires, avec tact et mesure lié à la reconnaissance de sa pratique.