

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTÉ

\*\*\*\*\*

## NOTICE D'INFORMATION

Cette notice d'information est destinée aux salariés des entreprises dont le régime de frais de soins de santé à adhésion obligatoire a été mis en place conformément à l'accord collectif national du 24 novembre 2005, tel que complété par les avenants n°1 à 5.

Elle définit les garanties, les modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir, prévues par le Contrat Groupe National Santé.

La présente notice d'information est indissociable du tableau de garanties figurant à la fin de cette notice d'information.



*Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au répertoire SIREN sous le n° 776466963 soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, Place de Budapest - 75436 Paris cedex 09*

**7 rue Léon Patoux  
CS 51032  
51686 REIMS CEDEX 2**

ENSEMBLE PROTECTION SOCIALE (EPS), Association loi 1901,  
n'est pas votre organisme assureur.  
EPS est l'association regroupant les moyens communs à la CGP et à BPCE MUTUELLE.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### SOMMAIRE

#### Définition

#### 1<sup>ère</sup> partie : La gestion du contrat

- Qui gère mon régime de Frais de soins de santé ?
- Comment sont payées mes cotisations ?
- Comment puis-je bénéficier de ce contrat ?
- A partir de quand et jusqu'à quand suis-je couvert par mon contrat ?
- Puis-je cesser d'adhérer au régime ?
- En plus de moi qui est couvert ?
- Quelles sont les formalités nécessaires pour que ma famille puisse bénéficier des prestations de ma mutuelle ?
- Je vais quitter mon entreprise. Puis-je continuer à adhérer à BPCE Mutuelle ?
- Je décède en activité
- Réclamations – Médiation
- Prescription
- Comment sont traitées mes données ?

#### 2<sup>ème</sup> partie : La mise en œuvre des garanties

- A partir de quelle date puis-je être remboursé ?
- Comment faire pour être remboursé ?
- Comment suis-je remboursé ?
- Qu'est-ce que la télétransmission ?
- Comment mettre en œuvre la télétransmission ?
- Qu'est-ce que le tiers-payant ?
- Comment suis-je informé des remboursements complémentaires effectués ?
- Ai-je une formalité particulière à remplir en cas d'accident ?
- Que se passe-t-il si je fais une fausse déclaration ?
- Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

#### 3<sup>ème</sup> partie : L'étendue des garanties

- Dispositions générales
- Dispositions particulières à certaines prestations
- *Hospitalisation*
  - ✓ Si je suis hospitalisé, dois-je faire l'avance de frais ?
  - ✓ Le forfait hospitalier est-il remboursé ?
  - ✓ Si je prends une chambre particulière ?
  - ✓ Et si mon enfant est hospitalisé ?
  - ✓ Mon hospitalisation en centre de rééducation fonctionnelle est-elle prise en charge ?
- *Médecine courante* - Comment sont remboursés les actes de médecine courante ?
- *Appareillage*
  - ✓ J'ai besoin d'un appareil auditif. Quelles sont les formalités nécessaires ?
  - ✓ Quelle est la différence entre le petit et le grand appareillage ?
- *Dentaire*
  - ✓ J'ai besoin d'une prothèse dentaire. Quelles sont les prestations couvertes ?
  - ✓ J'ai besoin de remplacer une dent manquante. Quelles solutions ai-je ?
  - ✓ Quels sont les frais d'orthodontie pris en charge ?
  - ✓ Qu'est-ce que la parodontologie refusée ?
  - ✓ Quelles sont les formalités à remplir pour obtenir mes remboursements dentaires ?
- *Optique*
  - ✓ Qu'est-ce qu'un « équipement optique » ?
  - ✓ Comment sont décomptés les équipements « monture et verres » ?
  - ✓ Comment est décompté le forfait lentilles ?
  - ✓ Je dois changer mes lunettes (ou mes lentilles). Quelles sont les formalités nécessaires ?
  - ✓ J'envisage une opération de chirurgie réfractive.
- *Naissance – Adoption* : L'accouchement est pour bientôt. Dois-je accomplir une formalité particulière ?
- *Cure* - En cas de cure thermale, quelle est la prise en charge de la mutuelle ?
- *Médecine Douce* - Quelle est la participation de la mutuelle ?
- *Actes de prévention* - Quels sont les actes de prévention pris en charge par la mutuelle ?
- *Autres frais* - Quelle est la participation de la mutuelle ?
- Assistance
- Quels justificatifs fournir pour vos remboursements en santé ?

#### 4<sup>ème</sup> partie : Informations sur BPCE Mutuelle (hors contrat)

- Réseau de soins Santéclair
- Médecine de ville
- La Revue – L'information mutualiste
- L'assurance à taux préférentiel de vos prêts
- L'action sociale
- Les services de soins et d'accompagnement mutualistes
- Une couverture santé pour vos proches

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### DEFINITION DES TERMES EMPLOYES ET LEUR APPLICATION DANS CETTE NOTICE



**100% Santé (reste à charge zéro) :** Dispositif qui vise à assurer pour les bénéficiaires, une absence de reste à charge sur des prestations déterminées, à savoir l'optique, et progressivement sur certaines prestations dentaires et d'aides auditives.

**ASSISTANCE :** Il s'agit de prestations de services proposées aux participants et à leurs ayants droit au sens du Contrat, qui interviennent lorsque ces derniers, ou un membre de leur famille, connaissent des aléas de santé.

**AYANT-DROIT :** La qualité d'ayant-droit est reconnue :

- au conjoint du participant,
- au partenaire lié par un pacte civil de solidarité au sens de l'article 515-1 du code civil,
- au concubin du participant au sens de l'article 515-8 du code civil,
- aux enfants du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, dans les conditions définies ci-après dans la Notice d'information.

**BASE DE REMBOURSEMENT (BR) :** Il s'agit du tarif servant de référence pour déterminer le montant du remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ou le régime local d'Alsace-Moselle. Cette base de remboursement peut également être appelée « Tarif de convention ».

**CONCUBIN :** Personne qui vit avec le participant, au sens de l'article 515-8 du code civil, la situation se caractérisant par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité et qu'ils ne soient mariés ni l'un ni l'autre et qu'ils vivent sous le même toit. La production d'un justificatif de domicile commun est exigée.

**CONJOINT :** Personne mariée avec le participant, non séparée de corps judiciairement, non divorcée à la date du décès de ce dernier.

**CONTRAT COLLECTIF :** Contrat à adhésion obligatoire ou facultative, souscrit par une personne morale telle qu'un employeur auprès d'un organisme assureur, au bénéfice de ses salariés et de leurs ayants droit. Dans le cadre du présent régime, les Contrats Collectifs souscrits sont à adhésion obligatoire.

**CONTRAT « RESPONSABLE » :** Les contrats qualifiés de « responsables et solidaires » bénéficient d'aides fiscales et sociales. Pour cela, le contrat doit respecter les dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et respecter le cahier des charges des « contrats responsables » c'est-à-dire notamment un panier minimum de garanties. Le contrat doit ainsi couvrir la prise en charge du ticket modérateur et, lorsqu'il offre des niveaux de garantie supérieurs à ce dernier - par exemple en matière de dépassement d'honoraires ou d'optique médicale - la prise en charge est très encadrée, voire plafonnée pour certains postes de soins.

**COTISATION :** Montant dû par le participant, en contrepartie des garanties et des éventuels services fournis. Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place par l'employeur, la cotisation est prise en charge par ce dernier et le salarié.

**DEPASSEMENT D'HONORAIRES :** On parle de dépassement d'honoraires lorsqu'un professionnel de santé pratique des prix supérieurs à ceux fixés par la Sécurité sociale au titre de la Base de remboursement. Ces dépassements ne sont jamais remboursés par la Sécurité sociale. Ces dépassements sont donc pris en charge par la mutuelle à hauteur des garanties contractuellement prévues.

**DEVIS :** Document présentant les soins ou prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation. Dans le cadre du « 100% santé », un devis présentant un équipement ou une prestation « 100% santé » doit être réalisé par les opticiens, audiologistes et dentistes avant la réalisation des soins. Ce document est transmis par le participant à BPCE MUTUELLE, qui lui indiquera en retour son reste à charge. Cette estimation est donnée à titre indicatif, selon votre couverture au jour du devis, et sous

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

réserve que les éléments facturés soient conformes à ceux mentionnés dans le devis, et dans la limite des frais réellement engagés.

**FRAIS REELS (FR) :** Sommes engagées par le participant pour ses dépenses de santé.

**HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION (HLF) :** Dans le cadre du 100% Santé, montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

**MEDECIN TRAITANT :** il s'agit d'un médecin généraliste ou spécialiste, déclaré par le participant auprès de l'Assurance maladie. Son rôle est d'assurer un 1<sup>er</sup> niveau de soins, et de coordonner le suivi médical du patient, en l'orientant vers d'autres médecins dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

**OPTAM/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) :** ces deux options sont proposées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 aux médecins, et remplace le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients en proposant des tarifs identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

**PARCOURS DE SOINS COORDONNES :** Le parcours de soins coordonnés implique pour le participant, de désigner un « médecin traitant », qui organise son suivi médical.

Le respect de ce parcours de soins coordonnés permet au participant de continuer à bénéficier du niveau de remboursement de l'Assurance maladie en vigueur.

**PARTICIPANT (ou MEMBRE PARTICIPANT) :** La qualité de participant s'entend au titre de cette notice de tout salarié en activité dans l'entreprise ou de tout ancien salarié en période de portabilité des droits et bénéficiant du Contrat groupe.

**PARTENAIRE PACSE :** Personne qui est liée par un pacte civil de solidarité (PACS) avec le participant, au sens de l'article 515-1 du code civil.

**PARTICIPATION FORFAITAIRE :** Il s'agit d'une participation financière d'un montant de 1 € qui reste à la charge de chaque assuré de plus de 18 ans (sauf exceptions), pour toute consultation ou acte médical. Dans le cadre du respect des critères des contrats responsables, BPCE MUTUELLE ne prend donc pas en charge cette participation forfaitaire. Chaque assuré doit s'en acquitter.

**PMSS - PASS :** Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, ou Plafond Annuel de la Sécurité sociale. Il est mis à jour chaque 1<sup>er</sup> janvier.

**PORTABILITE :** Dispositif qui permet à un salarié dont le contrat de travail est rompu, de continuer à bénéficier du régime Frais de soins de santé mis en place dans son entreprise, durant une certaine période, à condition d'ouvrir droit à une prise en charge par Pôle emploi.

**PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA) :** la PUMA garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.

**PRIX LIMITE DE VENTE :** Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente au Participant. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Dans le cadre du « 100% Santé », les aides auditives et l'équipement optique retenus dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Participants puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

**RESEAU DE SOINS :** Regroupement de professionnels de santé, ayant notamment pour objet de favoriser l'accès aux soins et la continuité des prises en charge pour les participants et leurs ayants droit.

**RESTE A CHARGE :** Part des dépenses de santé qui reste à la charge du participant après le remboursement de la Sécurité sociale et du ou des organisme(s) complémentaire(s) santé comme BPCE MUTUELLE.

**SECTEUR 1/SECTEUR 2 :** Les tarifs pratiqués par les médecins varient en fonction de leur discipline (généraliste ou spécialiste), et de leur secteur d'activité (secteur 1 ou secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins et leurs niveaux de remboursement sont définis par la convention nationale médicale entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie. Lorsque le médecin applique le tarif

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

de la convention médicale, il est dit « secteur 1 » dans ce cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés.

Le médecin dit « secteur 2 » pratique quant à lui des honoraires libres et peut donc facturer des dépassements d'honoraires.

**TELECONSULTATION** : La téléconsultation définie à l'avenant n°6 à la convention nationale médicale permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance. La téléconsultation est prise en charge par l'Assurance maladie, sous réserve de respecter certaines conditions, notamment s'inscrire dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

**TICKET MODERATEUR (TM)** : Partie de la base de remboursement de la Sécurité sociale qui n'est pas remboursée par cette dernière. Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par BPCE MUTUELLE, conformément aux dispositions des contrats responsables.

**TIERS-PAYANT** : Dispositif permettant au participant d'être dispensé d'avancer les frais de santé qui sont remboursés par la Sécurité sociale. Le professionnel de santé se fait alors directement payer par la Sécurité sociale et/ou BPCE MUTUELLE selon les conditions prévues par la carte de tiers payant.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### QUI ASSURE MES GARANTIES ?

Le Contrat visé dans la présente notice est un contrat d'assurance de groupe (collectif) à adhésion obligatoire proposant des garanties de santé et d'assistance respectant les dispositions relatives aux contrats responsables.

Ce Contrat est souscrit par votre entreprise auprès de BPCE MUTUELLE.

Les garanties prévues par le présent Contrat ne sont acquises qu'aux salariés, et, le cas échéant, à leurs ayants droit, affiliés à un organisme d'Assurance maladie français. Les prestations sont payées en euros.

BPCE MUTUELLE est une mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la mutualité, agréée pour pratiquer les opérations des branches d'activités suivantes :

- Branche 1 - Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles),
- Branche 2 – Maladie,
- Branche 20 - Vie décès,
- Branche 21 - Nuptialité-Natalité.

Les garanties d'assistance relevant de la Branche 18 sont souscrites par BPCE MUTUELLE auprès d'IMA Assurance au bénéfice de ses participants. Les garanties d'assistance sont décrites dans une notice d'information spécifique. Elles sont assurées par l'assureur IMA.

## 1<sup>ère</sup> partie : La gestion du contrat

### QUI GÈRE MON RÉGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ?

BPCE MUTUELLE est l'assureur et ENSEMBLE PROTECTION SOCIALE (EPS) est le gestionnaire des garanties qui constituent votre régime de frais de soins de santé. Pour toute information complémentaire concernant la mise en œuvre des garanties ou pour toute demande relative aux prestations, vous devez vous adresser A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE VOTRE ENTREPRISE (DRH) ou à :

BPCE MUTUELLE  
7 rue Léon Patoux  
CS 51032  
51686 REIMS CEDEX 2  
\*\*\*\*\*  
TEL : 03.26.77.66.00 – FAX : 03.26.77.66.19  
E-MAIL : [bpcemutuelle@eps.caisse-epargne.fr](mailto:bpcemutuelle@eps.caisse-epargne.fr)  
INTERNET : [www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr)

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, 75436 Paris.

### COMMENT SONT PAYÉES MES COTISATIONS ?

Elles sont directement retenues sur votre salaire et réglées par votre employeur qui, dans le cadre de l'accord régissant le Contrat Groupe National Santé (CGN Santé), prend en charge une partie desdites cotisations.

Les cotisations sont payées mensuellement à terme échu dans les 5 premiers jours suivant l'échéance.

Votre employeur est responsable du paiement des cotisations.

### COMMENT PUIS-JE BÉNÉFICIER DE CE CONTRAT ?

Lors de la mise en place des Contrats Collectifs ou de votre embauche, il est indispensable de remplir le bulletin d'affiliation qui vous est remis par votre entreprise.

Les renseignements qui y figurent sont nécessaires à la gestion de vos droits et ceux de vos Ayants droit en vue du bénéfice des Prestations.

Les garanties prévues par le CGN Santé s'appliquent à tout salarié de l'entreprise sans condition d'ancienneté et à ses ayants droit dans les conditions définies par le régime mis en place au sein de l'entreprise et sous réserve des Dispenses d'affiliation éventuellement prévues par l'accord collectif régissant le Contrat Groupe National Santé (CGN Santé) et les dispositions légales ou réglementaires en vigueur.

**Toute demande de dispense d'affiliation est formulée auprès des services compétents de votre entreprise par écrit, accompagnée le cas échéant de toutes pièces justificatives. A défaut de fournir chaque année à celle-ci les justificatifs nécessaires, vous devrez adhérer au régime et acquitter la cotisation correspondante.**

### A PARTIR DE QUAND ET JUSQU'A QUAND SUIS-JE COUVERT PAR MON CONTRAT ?

Le bénéfice des garanties commence à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel intervient votre affiliation et s'achève le premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient votre radiation (sauf cas dérogatoire prévu par la réglementation en vigueur).

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

Les garanties cessent de s'appliquer :

- à la date d'effet de la résiliation du Contrat d'assurance ;
- le premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la rupture de votre contrat de travail.

Toutefois, conformément à l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale vous bénéficiez, sous réserve de remplir certaines conditions et suite à l'information donnée par votre employeur, d'un maintien temporaire de votre couverture complémentaire santé en cas de rupture de votre contrat de travail.

Pour plus d'informations, reportez-vous au § : « JE VAIS QUITTER MON ENTREPRISE. PUIS-JE CONTINUER À ADHERER À BPCE MUTUELLE ? » CF INFRA

- à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la suspension de votre contrat de travail, quelle qu'en soit la cause.

Par dérogation au point précédent, le bénéfice des garanties est maintenu à votre profit et le cas échéant à vos ayants droit, moyennant paiement des cotisations, durant les périodes de suspension du contrat de travail, notamment en cas de maladie, maternité ou accident, dès lors que vous bénéficiez :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel
- du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce dernier cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans l'hypothèse où l'indemnisation précitée n'est pas versée par l'intermédiaire de l'employeur, la quote-part de cotisation du Membre participant est, selon les cas, appelée par la Mutuelle mensuellement par avance et par prélèvement automatique directement auprès du Membre participant ou versée par l'intermédiaire de l'employeur.

- à la date de la liquidation, de vos droits à la retraite ou à la préretraite ;
- le premier jour du mois suivant votre décès.

---

### PUIS-JE CESSER D'ADHERER AU REGIME ?

---

Le régime étant collectif et obligatoire, vous ne pouvez pas décider de résilier votre adhésion et cesser de cotiser sauf à justifier que vous pouvez bénéficier d'une dispense d'affiliation [Cf. § « COMMENT PUIS-JE BENEFCIER DE CE CONTRAT »]



---

### EN PLUS DE MOI, QUI EST COUVERT ?

---

Selon la situation de votre famille et la couverture souscrite qui en résulte, vous cotisez pour :

- une couverture « une personne » ou,
- une couverture « deux personnes » ou,
- une couverture « famille ».

Vous êtes tenu d'acquitter la cotisation correspondant à votre situation de famille réelle. Ce qui signifie l'obligation pour vous de verser la cotisation « deux personnes » ou « famille » lorsque vous avez à votre charge un ou des ayants droit.

Selon la couverture souscrite correspondant à la situation de famille communiquée par vos soins, les garanties sont accordées :

- à vous-même ;
- à votre conjoint ;
- à votre partenaire lié par un PACS ou concubin sous réserve que vous ne soyez pas mariés ni l'un, ni l'autre, que vous viviez sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent, la production d'un justificatif de domicile commun de moins de trois mois est alors exigée;
- à vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire pacsé ou concubin jusqu'au 31 décembre de leur 25<sup>ème</sup> anniversaire, sous réserve de respecter l'une des conditions suivantes :
  - qu'ils soient à votre charge fiscalement, ou à celle de votre conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
  - qu'ils reçoivent de votre part une pension alimentaire en application d'une décision de justice ;
  - Qu'ils soient inscrits au régime de la Sécurité sociale française et qu'ils soient étudiants ou qu'ils effectuent leur Service national,
  - OU qu'ils exercent une activité ou soient inscrits comme demandeur d'emploi auprès de Pôle Emploi et perçoivent des revenus inférieurs au SMIC ;

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

- à vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire pacsé ou concubin quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires d'une carte mobilité inclusion sur laquelle est portée la mention « invalidité » (avec un taux d'invalidité d'au moins 80 %) ;
- à l'enfant à naître, au moment de l'évènement et né viable.

### Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

L'affiliation de votre/vos ayant(s) droit prend effet simultanément à votre affiliation.

Toutefois, en cas de changement de composition familiale lié à un mariage, un PACS, une naissance, un divorce, une dissolution de PACS, un décès d'un ayant droit, ou suite à la cessation du bénéfice d'une couverture santé obligatoire par l'un de vos ayants droit, vous devez informer, dans les plus brefs délais la DRH de votre entreprise de ce changement. La modification du périmètre de vos ayants droit prendra effet au premier jour du mois suivant.

En revanche, en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, l'affiliation de ce dernier prendra effet à compter de la date de l'évènement.

### Durée de l'affiliation des ayants droit

La période d'affiliation des ayants droit est la même que la vôtre. Dès lors, sauf à ce qu'ils ne remplissent plus les conditions pour être affiliés au contrat, ou qu'ils bénéficient d'une dispense d'affiliation, l'affiliation des ayants-droit produit ses effets tant que vous êtes couvert.

### Possibilité de dispense d'adhésion des ayants droit

L'obligation de couverture de l'ayant-droit peut être écartée lorsque vous pouvez justifier chaque année et par écrit auprès de votre DRH que ce dernier bénéficie d'un des cas de dispense d'affiliation prévu par l'accord collectif régissant le Contrat Groupe National Santé (CGN Santé) et par les dispositions légales ou réglementaires en vigueur.

Vous pouvez alors par exemple cotiser au tarif « couverture une personne » (salarié seul) ou « deux personnes » (le salarié + 1 enfant), malgré la présence d'un conjoint, si celui-ci bénéficie d'une couverture obligatoire.

Dans cette hypothèse, le(s) enfant(s) peut/peuvent être affilié(s) avec vous ou votre conjoint s'il dispose par ailleurs d'une couverture collective obligatoire pour les ayants droit. Si la couverture de votre conjoint est facultative pour ses ayants droit, les enfants doivent obligatoirement être affiliés avec vous.

Si vous devez justifier que vos ayants droit sont couverts à titre obligatoire par BPCE MUTUELLE, vous pouvez télécharger votre attestation de

couverture pour vous ET vos ayants droit le cas échéant, en vous connectant dans « ESPACE PERSONNEL » sur le site internet [www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr)

L'attestation de couverture est téléchargeable dans la rubrique « Mes informations Santé/ Mes Documents ».

---

### **QUELLES SONT LES FORMALITÉS NÉCESSAIRES POUR QUE MA FAMILLE PUISSE BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS DE MA MUTUELLE ?**

---

- POUR AFFILIER VOTRE CONJOINT, PARTENAIRE PACSE OU CONCUBIN, vous devez remplir auprès de votre DRH un bulletin d'affiliation ou d'ajout de bénéficiaire et y joindre :
  - si vous êtes mariés, une copie de l'acte de mariage ou du livret de famille ;
  - si vous êtes liés par un PACS, une copie de votre pacte civil de solidarité, ou de votre acte de naissance ;
  - si vous vivez en concubinage, un certificat de concubinage délivré par votre mairie, à défaut, une attestation sur l'honneur de concubinage ET un justificatif de domicile commun de moins de trois mois.
- POUR FAIRE INSCRIRE VOTRE ENFANT EN QUALITE D'AYANT DROIT, vous devez remplir auprès de votre DRH un bulletin d'affiliation ou d'ajout de bénéficiaire et y joindre :
  - une copie de l'extrait d'acte de naissance ou du livret de famille, en cas de naissance,
  - une copie du certificat d'adoption, en cas d'adoption,
  - un justificatif de sa situation, s'il est âgé de plus de 18 ans (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, notification du pôle emploi, carte mobilité inclusion...),

En cas de demande de retrait d'un ayant droit, vous devez remplir auprès de votre DRH un bulletin de radiation de bénéficiaire. Des justificatifs doivent également être fournis.

### **ATTENTION :**

***D'une manière générale, TOUTE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION DE FAMILLE peut avoir une incidence sur vos cotisations (ajout ou retrait d'ayants droit, mariage, divorce, etc.) et DOIT ETRE SIGNALÉE A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE VOTRE ENTREPRISE DANS UN DELAI DE TROIS MOIS.***

*En revanche, les changements d'adresse ou de compte bancaire peuvent être signalés directement à BPCE MUTUELLE. Dans ce cas, vous devez joindre un justificatif (justificatif de domicile de moins de trois mois, RIB au nom du participant).*

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

**JE VAIS QUITTER MON ENTREPRISE.  
PUIS-JE CONTINUER À ADHÉRER À BPCE  
MUTUELLE ?**

### 1° EN CAS DE RUPTURE DE CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT A PRISE EN CHARGE PAR POLE EMPLOI

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, vous bénéficiez, sous réserve de remplir certaines conditions, d'un maintien temporaire de garanties santé en cas de rupture de votre contrat de travail.

Ce dispositif de maintien de garanties, autrement dénommé portabilité des droits, s'applique en cas de rupture de contrat de travail à condition que :

- la rupture de votre contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde ;
- vous ouvriez droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- vos droits au titre du présent Contrat soient effectivement ouverts (c'est-à-dire que vous n'avez pas fait valoir de dispense d'affiliation, par exemple).

**ATTENTION :** en cas de reprise d'activité en CDD notamment, il est possible de cumuler un salaire, avec l'allocation Pôle Emploi.

Dans ce cas, vous pouvez continuer à bénéficier de la portabilité, uniquement si l'indemnisation par Pôle Emploi est la conséquence de la rupture du contrat de travail vous ayant ouvert des droits auprès de BPCE Mutuelle.

### Durée du maintien des garanties

Dans ce cadre vous bénéficiez, **à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la rupture de votre contrat de travail**, d'un **maintien temporaire** de vos garanties santé pour une période égale à la durée de votre dernier contrat de travail (ou des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur) appréciée en mois entiers et arrondie au nombre supérieur, **dans une limite de 12 mois**. Ainsi un contrat de travail d'une durée de 7 mois et 10 jours donnera lieu à une durée maximale de maintien de garanties de 8 mois.

**Ce maintien cesse avant** cette échéance si vous reprenez une activité ou le jour de la liquidation de vos droits à retraite, d'arrêt de votre indemnisation au titre du régime d'assurance chômage ou de votre décès.

### Financement du maintien temporaire des garanties

**Le maintien des garanties santé est gratuit** pour les anciens salariés durant toute la période de droit à la portabilité.

Les ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties frais de santé à la date de cessation du contrat de travail bénéficient également de ce maintien.

### Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont identiques à celles dont bénéficient les salariés de l'entreprise pendant votre période de chômage, de telle sorte que **toute évolution collective** de ces garanties à compter de la rupture de votre contrat de travail **vous sera applicable**.

### Modalités de mise en œuvre du maintien de garanties

Afin de permettre à BPCE MUTUELLE de mettre en œuvre le versement de prestations santé durant cette période, vous devez lui retourner, dans les plus brefs délais suite à la rupture de votre contrat de travail, la **copie de votre attestation d'inscription et de votre prise en charge à Pôle emploi** :

- **par courrier à :**

**BPCE MUTUELLE - Portabilité**  
7 rue Léon Patoux – CS 51032  
51686 REIMS CEDEX 2

- **en ligne depuis votre espace personnel :**

**WWW.BPCEMUTUELLE.FR**

Dans les Rubrique : **Mes démarches**, sélectionner l'onglet : **Transmission d'autres documents** et précisez le motif : « Justificatif Pôle emploi ».

Il vous appartient pendant la période de maintien de garanties de signaler dans les plus brefs délais, toute modification de votre situation personnelle susceptible de justifier l'arrêt ou la modification des garanties maintenues.

**Vous êtes ainsi tenu par exemple d'informer la Mutuelle de la cessation de votre prise en charge par l'assurance chômage si celle-ci intervient avant la fin de la période de maintien de garanties ou si vous liquidez vos droits à retraite ;** dans ce cas, le droit à prestations cesse.

Les documents attestant de cette modification doivent être adressés à « BPCE MUTUELLE-Portabilité ».

**BPCE MUTUELLE se réserve à tout moment le droit, préalablement au paiement de prestations, de demander communication des justificatifs, notamment le relevé de situation Pôle Emploi, prouvant que les conditions pour bénéficier du maintien de garanties sont toujours remplies.**

### 2° EN CAS DE RUPTURE OU A L'ISSUE DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, de revenus de remplacement, ont la possibilité d'obtenir le maintien de leur couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux. Ils devront à cet effet souscrire individuellement un **contrat spécifique dans le cadre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN.**

Dans ce cadre,

- vous ne bénéficiez plus de la participation financière de votre employeur sur la cotisation ;
- la cotisation due peut être supérieure à la cotisation des salariés actifs dans les limites réglementaires prévues par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017, et
- **les membres de votre famille, ayants droit de votre ancien contrat collectif ne sont pas concernés par ce maintien de garanties.**

**ATTENTION :**

*Pour pouvoir bénéficier de ce maintien des garanties, il vous faudra faire la demande d'adhésion dans **les six mois** qui suivront votre départ de l'entreprise ou la fin de votre période de portabilité [lire 1° En cas de rupture de contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage]. BPCE MUTUELLE vous adressera une proposition de maintien de couverture, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation de votre contrat de travail ou de la fin de la portabilité.*

Vous pouvez contacter BPCE MUTUELLE pour connaître les nouvelles conditions de cette adhésion individuelle et volontaire.

Si vous souscrivez individuellement dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, sauf obligation légale en disposant expressément autrement, les garanties qui vous seront maintenues seront celles en vigueur au sein de votre entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail (ou de fin de période de maintien temporaire des garanties). Vous ne pourrez prétendre à aucune amélioration de garanties dans le cadre de ce nouveau contrat.



**BPCE MUTUELLE vous propose en outre, hors cadre de l'article 4 de la loi Evin, une couverture individuelle pour vous et vos ayants droit** dont les garanties peuvent évoluer et sans encadrement tarifaire, lorsque :

- VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU POUR QUELLE QUE CAUSE QUE CE SOIT (démission, licenciement, retraite, préretraite),
- OU Votre CDD arrive à expiration,
- OU VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU et il ne fait pas ou plus l'objet d'un maintien de salaire total ou partiel, du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (invalidité, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise, congé individuel de formation, longue maladie, détachement ou mise à disposition, préretraite n'entraînant pas la rupture du contrat de travail, etc.).

Vous pouvez contacter BPCE MUTUELLE pour connaître les conditions de cette adhésion.

### **3° SI VOTRE ENTREPRISE CESSE DE SOUSCRIRE LE PRESENT CONTRAT**

Votre couverture santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, moyennant le versement d'une cotisation différente dans le cadre d'une couverture spécifique, sous réserve que vous en fassiez la demande avant l'expiration du contrat.

---

### **JE DÉCÈDE EN ACTIVITÉ**

---

**Vous êtes salarié et vous décédez, vos ayants-droit**, bénéficiaires du présent Contrat peuvent, à leur demande, bénéficier à titre gratuit du maintien de cette couverture pendant 12 mois.

**ATTENTION :**

*Pour pouvoir bénéficier de ce maintien des garanties, les intéressés doivent faire une demande d'adhésion auprès de BPCE MUTUELLE dans les six mois suivant votre décès.*

---

### **RÉCLAMATIONS - MÉDIATION**

---

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un assuré envers BPCE Mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

Les réclamations concernant l'interprétation du présent Contrat doivent être formulées par votre employeur ou vous-même auprès de BPCE Mutuelle à l'adresse suivante :

- Par courrier :

**BPCE Mutuelle – Service réclamations**  
**7 rue Léon Patoux**  
**CS 51032**

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

51686 REIMS CEDEX 2

- En ligne via votre espace personnel :

[www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr)

Rubrique : réclamation / médiation

- Par mail :

[bpcemutuelle.reclamation@eps.caisse-epargne.fr](mailto:bpcemutuelle.reclamation@eps.caisse-epargne.fr)

La Mutuelle accuse réception de la réclamation dans les cinq jours ouvrés à compter de sa réception, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

La Mutuelle répond à la réclamation dans un délai 21 jours calendaires à compter de la date de réception de la réclamation. Dans le cas d'une réclamation complexe, la Mutuelle vous apportera une réponse dans un délai de 2 mois maximum à compter de la date de réception de la réclamation.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez renouveler votre réclamation via le formulaire, par courrier ou par mail, en exprimant le motif de désaccord, en joignant notre 1er courrier de réponse et/ou les pièces justificatives complémentaires permettant de procéder à une nouvelle analyse de votre réclamation.

Si la seconde réponse apportée ne vous satisfait toujours pas ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les délais précités, vous pouvez saisir le médiateur de la FNMF en écrivant à l'adresse suivante :



MEDIATEUR DE LA FNMF  
SERVICE MEDIATION  
255 rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

Ou directement sur le site internet de la FNMF :  
<https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Votre demande de médiation doit être adressée dans un délai qui ne peut pas être supérieur à 1 an à compter de la date de votre réclamation écrite adressée aux services de BPCE Mutuelle. Votre demande ne pourra pas être examinée par le Médiateur si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou en cours d'examen par un autre médiateur, ou par un tribunal, ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence.

Dans ce cas, vous serez informé par le Médiateur, dans un délai de 3 semaines, à compter de la réception de votre dossier, du rejet de votre demande de médiation.

Durant la procédure de médiation, vous avez la possibilité de vous faire représenter, à votre charge, par un avocat ou de vous faire assister par toute personne de votre choix, et ce, à tous les stades de la procédure.

Vous avez par ailleurs la possibilité de solliciter l'avis d'un expert, dont les frais seront à votre charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais seront partagés entre les parties.

La procédure de médiation suspend la prescription, à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation, ou à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation.

La prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à 6 mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties, soit les deux, soit le médiateur déclare que la médiation est terminée.

### PRESCRIPTION

**Les actions dérivant du contrat se prescrivent par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.221-11 du code de la Mutualité.**

**Ainsi, ce délai de 2 ans ne court :**

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

**Quand l'action du participant ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

**La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant, ainsi que pour les actions dérivant des opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.**

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 à 2246 du code civil : reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait, demande en justice (même en référé), mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après (causes spécifiques aux opérations d'assurance) : désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.



### COMMENT SONT TRAITÉES MES DONNÉES ?

#### Protection des données à caractère personnel :

BPCE Mutuelle est amenée à traiter des données à caractère personnel dans le cadre de la gestion de votre adhésion. Ces traitements sont soumis aux dispositions de la loi « Informatiques et Liberté » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit « Règlement Général sur la Protection des Données ». Ils visent notamment la distribution des contrats, leur exécution, le suivi et l'amélioration de notre offre, la gestion des risques, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

En vertu des textes susvisés, vous disposez d'un droit de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de portabilité des données personnelles vous concernant et qui feraient l'objet de traitements mis en œuvre par BPCE Mutuelle. Ces droits peuvent s'exercer conformément à la politique de protection des données à caractère personnel disponible sur le site Internet de BPCE Mutuelle.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### 2ème partie : La mise en œuvre des garanties et services associés



#### A PARTIR DE QUELLE DATE PUIS-JE ETRE REMBOURSE ?

Conformément au CGN Santé, vous êtes couvert dès le premier jour du mois au cours duquel intervient votre affiliation (sauf cas dérogatoire prévu par la réglementation en vigueur), SANS DELAI DE CARENCE et sans questionnaire de santé, pour tous les soins engagés postérieurement à cette date (date de soins retenue par le Régime obligatoire de Sécurité sociale).

#### COMMENT FAIRE POUR ETRE REMBOURSE ?

- SI VOUS BENEFICIEZ DE LA TELETRANSMISSION (lire « *Qu'est-ce que la télétransmission ?* ») **et si** votre professionnel de santé vous a fait régler la totalité de la facture **et vous a demandé votre carte vitale**, le remboursement complémentaire s'effectue automatiquement, sans intervention de votre part, par virement direct sur votre compte.
- SI VOUS BENEFICIEZ DE LA TELETRANSMISSION (lire « *Qu'est-ce que la télétransmission ?* ») et si votre professionnel de santé vous a fait régler la totalité de la facture **et vous a remis une feuille de soins**, il vous suffit d'adresser votre feuille de soins à votre Caisse d'Assurance maladie. Le remboursement complémentaire s'effectue automatiquement sans intervention de votre part, par virement direct sur votre compte.
- DANS TOUS LES CAS, si votre professionnel de santé ne vous a fait régler que la part mutuelle, il vous suffit d'adresser votre facture acquittée à BPCE MUTUELLE pour obtenir votre remboursement.
- SI VOUS NE BENEFICIEZ PAS DE LA TELETRANSMISSION, VOUS DEVEZ ADRESSER A BPCE MUTUELLE votre décompte du Régime obligatoire de Sécurité sociale, (lire « *3ème partie : L'ETENDUE DES GARANTIES* »), et les éventuels décomptes d'autres organismes complémentaires. BPCE Mutuelle se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires à réception de votre demande de remboursement.

#### COMMENT SUIS-JE REMBOURSE ?

Les remboursements de prestations de l'ensemble de vos ayants droit, adhérent à votre contrat, sont versés par virement sur votre compte bancaire.

Vous devez donc impérativement adresser votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) à BPCE MUTUELLE pour pouvoir obtenir le remboursement de vos prestations.

#### QU'EST-CE QUE LA TELETRANSMISSION ?

La télétransmission correspond aux échanges automatisés entre le Régime obligatoire de Sécurité sociale et BPCE MUTUELLE. Ce procédé d'échanges de données informatiques avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie vous évite l'envoi des décomptes du Régime obligatoire de Sécurité sociale à BPCE MUTUELLE.

En outre, vous recevez votre remboursement complémentaire consécutivement à celui du Régime obligatoire de Sécurité sociale.

Pour vous assurer de cette procédure, vérifiez bien que vos relevés du Régime obligatoire de Sécurité sociale comportent la mention « Décompte transmis à la BPCE MUTUELLE/OU A VOTRE MUTUELLE » en en-tête, ou connectez-vous dans votre espace personnel sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), et vérifiez que dans la rubrique « Mes informations », l'organisme complémentaire renseigné est bien BPCE MUTUELLE.

Nous vous conseillons de conserver vos décomptes Sécurité sociale pendant les 24 mois suivant la date des soins.

#### ATTENTION :

*Pour vos ayants droit, ce procédé d'échange de données s'étend également aux régimes suivants :*

- Clercs de notaire,
- SNCF
- Caisse Nationale Militaire,
- GAMEX
- Mutualité de la Fonction Publique
- MGEN
- MAGE
- Caisses MSA

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

Toutefois, il ne s'applique pas aux assurés bénéficiant d'un autre régime (CAMIEG, Travailleurs non-salariés (TNS), ...). Pour ces cas les remboursements complémentaires s'effectueront donc sur présentation de ces décomptes.

### COMMENT METTRE EN ŒUVRE LA TELETRANSMISSION ?

Pour mettre en place la télétransmission, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE une copie des attestations de droits au Régime obligatoire de Sécurité sociale en cours de validité sur laquelle figurent vos coordonnées et celles de vos ayants droit. Cette attestation est téléchargeable sur [ameli.fr](http://ameli.fr), dans la rubrique « Mes démarches ».

#### ATTENTION :

**La télétransmission ne peut être mise en place qu'avec un seul organisme complémentaire.**

Pour vos enfants rattachés au numéro de Sécurité sociale de chacun de ses deux parents, la télétransmission peut être mise en place avec chacun d'eux, sous réserve d'adresser à BPCE MUTUELLE les deux attestations précisant le rattachement. Sachez toutefois qu'un seul numéro de Sécurité sociale apparaîtra par enfant, sur la carte de tiers payant, sans que cela n'ait d'incidence sur vos règlements.

Il est indispensable de signaler rapidement à la Mutuelle toute modification relative à un changement de numéro de Sécurité sociale ou de caisse de rattachement. A défaut la télétransmission ne pourrait pas être maintenue.

### QU'EST-CE QUE LE TIERS PAYANT ?

Le tiers payant vous dispense de l'avance de trésorerie pour certains soins ou pour la délivrance de médicaments.

BPCE MUTUELLE vous assure le tiers payant a minima à hauteur de la base de remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'Assurance maladie, effectué auprès d'un professionnel de santé de ville (médecins de ville, pharmaciens, laboratoires d'analyse, etc.) - à l'exception de ceux réalisés au cours d'une hospitalisation - sur simple présentation de votre carte de tiers payant.

Par ailleurs, si un professionnel de santé avec lequel vous êtes en contact (hôpital, clinique, laboratoire, radiologue...) ne pratique pas encore le tiers payant avec BPCE MUTUELLE, n'hésitez pas à transmettre ses coordonnées à la Mutuelle. Elle prendra contact avec lui pour lui proposer

d'adhérer au tiers payant BPCE MUTUELLE à hauteur du ticket modérateur.

Sachez que les centres mutualistes le proposent systématiquement.

Le tiers payant pour la part mutuelle ne peut être pratiqué qu'en complément du tiers payant Sécurité sociale.

#### ATTENTION :

*Si une convention pharmaceutique existe dans votre département et que vous réglez uniquement la part mutualiste, vous devez adresser à la Mutuelle un exemplaire de la facture subrogatoire qui vous sera remise par votre pharmacien ainsi que le reçu de votre paiement.*

*Pour d'autres soins (laboratoire d'analyses, radiologie...), si vous avez réglé uniquement la part mutualiste, vous devez adresser à la Mutuelle un exemplaire de la facture subrogatoire qui vous sera remise par le professionnel de santé ainsi que le reçu de votre paiement.*

### Réseau de soins

BPCE MUTUELLE vous donne accès au réseau de soins de Santéclair qui pratique le tiers payant à hauteur des garanties. Ce réseau couvre la France entière, et vous permet d'accéder à sept réseaux de soins :

- opticiens,
- centres de chirurgie réfractive,
- soins dentaires
- chirurgiens dentaires,
- implantologues dentaires,
- audioprothésistes,
- ostéopathes et chiropracteurs,
- diététiciens
- centres d'ophtalmologie.

Pour en bénéficier : présentez simplement votre carte de tiers payant BPCE MUTUELLE aux professionnels de santé partenaires du réseau. (La liste des partenaires est accessible dans votre espace personnel sur le site internet :

[www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr)

**Rubrique : RESEAU DE SOINS ET SERVICE - Réseau de soins et services - GEOCLAIR**



### COMMENT SUIS-JE INFORMÉ DES REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS ?

Le détail de vos virements peut être consulté immédiatement et en permanence sur le site Internet [www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr)

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

A partir de ce site internet, vous pouvez opter pour la dématérialisation et télécharger votre décompte de prestations, vous ne recevez plus alors de décompte papier. A chaque remboursement effectué par virement sur votre compte bancaire, un e-mail vous sera adressé vous informant que vous pouvez consulter et télécharger votre décompte en ligne. Pour bénéficier de ce service gratuit, il vous suffit de vous connecter sur le site Internet dans « ESPACE PERSONNEL » et de vous identifier dans la fenêtre spécifique muni de l'adresse électronique que vous aurez indiquée lors de la création de votre compte ou de votre numéro d'adhérent à 6 chiffres figurant sur votre carte mutualiste et de votre mot de passe (en cas d'oubli ou de première connexion, suivre la procédure indiquée sur le site). Vous accédez ainsi à votre « ESPACE PERSONNEL ». Votre décompte est consultable à la rubrique « Mes documents », puis « Mes remboursements ».

Si vous n'avez pas opté pour la dématérialisation, un relevé bimestriel papier, regroupant le détail de tous les remboursements effectués dans les 60 jours précédents, vous est adressé à domicile.

---

### AI-JE UNE FORMALITE PARTICULIERE À REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT ?

---

Oui, il est absolument nécessaire de signaler à la Mutuelle si les soins dont vous demandez le remboursement font suite à un accident avec un tiers responsable.

En effet, conformément à l'article L.224-9 du code de la mutualité, BPCE MUTUELLE est subrogée de plein droit dans vos droits et actions, ou dans ceux de vos ayants droit, contre le tiers responsable, afin d'obtenir le remboursement des prestations versées.

Ce mécanisme de subrogation permet aux services de BPCE MUTUELLE de se mettre en relation avec l'organisme assureur du tiers responsable afin de recouvrer les sommes qu'elle vous a remboursées.

Vous devez donc, sous peine de déchéance de votre droit à prestations, pour les frais engagés à la suite à l'accident, et sauf cas de force majeure, faire auprès de BPCE MUTUELLE dans les 15 jours suivants l'accident causé par un tiers responsable, une déclaration sur l'honneur indiquant :

- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit,
- le nom des témoins,
- éventuellement les noms et adresses du ou des tiers responsables, et des

compagnies d'assurance qui garantissent la responsabilité de ces tiers,

- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

Votre prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration, qui ne vous dispense nullement des formalités habituelles à remplir.

Vous devez informer BPCE MUTUELLE de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de vos intentions, et ce, à peine de déchéance.

Vous devez, de même, informer BPCE MUTUELLE de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à BPCE MUTUELLE qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

Cette subrogation ne peut être exercée que pour poursuivre le remboursement des prestations ayant un caractère indemnitaire ; les sommes versées ayant un caractère personnel correspondant à la réparation des souffrances physiques ou morales, du préjudice esthétique et d'agrément ne sont pas concernées par la subrogation.

Si vous êtes victime de lésions imputables à un tiers (hors cas d'accident du travail et sous réserve d'avoir informé votre employeur 24 H après les faits), vous êtes également tenu d'en informer par tous moyens votre Caisse Primaire d'Assurance maladie dans les 15 jours qui suivent la survenue des lésions et de le signaler à votre médecin afin qu'il complète utilement la feuille de soins.

---

### QUE SE PASSE-T-IL SI JE FAIS UNE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ?

---

Si vous portez volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle, de manière à lui causer un préjudice moral ou financier (par exemple, décomptes du Régime obligatoire de Sécurité sociale falsifiés, fausses ordonnances, etc.), vous pouvez être exclu du bénéfice des garanties, conformément au Code de la mutualité et aux Statuts de BPCE MUTUELLE.

En cas de suspicion de fraude, BPCE MUTUELLE pourra décider de suspendre vos droits à prestations.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

---

### LUTTE CONTRE LA FRAUDE

---

BPCE MUTUELLE met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance. Dans ce cadre, vos données personnelles peuvent être utilisées à des fins d'évaluation et de suivi des risques, ainsi qu'en cas de contrôle interne.

**Ainsi, si intentionnellement, à l'appui d'une demande de prestations, vous fournissez de faux renseignements ou si vous usez de documents faux et/ou dénaturés, vous serez déchu de tout droit à prestation pour la demande de remboursement concernée.**

Dans ce cadre, et conformément aux réglementations en vigueur, des données personnelles vous concernant (ou concernant vos ayants droit) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude, intervenant au sein ou au nom de BPCE MUTUELLE, mais aussi, si nécessaire, être destinées au personnel des organismes directement concernés par une fraude (organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale).

---

### LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

---

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, vous devez fournir, lors de votre affiliation et en cas de demande faite par - ou pour le compte de - BPCE MUTUELLE, une pièce d'identité en cours de validité accompagnée d'un justificatif de domicile de moins de trois mois.

Lorsque le remboursement est exceptionnellement réalisé sur le compte d'un ayant droit, sa pièce d'identité en cours de validité devra également être fournie.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### 3ème partie : L'étendue des garanties

*Les garanties souscrites et le niveau des prestations auxquelles vous avez droit sont indiqués dans le tableau des garanties ci-après et respectent les dispositions relatives aux contrats responsables.*

#### DISPOSITIONS GÉNÉRALES



BPCE MUTUELLE s'associe au dispositif du parcours de soins et respecte les dispositions législatives et réglementaires relatives au « contrat responsable ».

Dès lors, toute évolution de la réglementation relative au « cahier des charges des contrats « responsables » modifiant notamment les interdictions ou les obligations de prise en charge pesant sur les organismes assureurs, sera immédiatement applicable au contrat à défaut d'opposition du Souscripteur des Contrats.

Dans ce cadre, les garanties « Frais de Soins de Santé » accordées par BPCE MUTUELLE excluent la prise en charge :

- de la majoration du ticket modérateur à la charge de l'assuré, liée au défaut de choix du médecin traitant ou à la consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant, ou au défaut d'autorisation du patient de laisser le professionnel de santé accéder à son dossier médical personnel ;
- des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins sur les tarifs des actes cliniques et techniques pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- de la participation forfaitaire de 1 € (montant actuel), pour chaque acte médical, chaque consultation et pour tout acte de biologie pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale ;
- des franchises médicales laissées à la charge de l'assuré portant sur les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie (article L.160-13 du code de la sécurité sociale) suivants :

- des médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- des actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- des transports mentionnés à l'article L.160-8 du code de la Sécurité sociale effectués en véhicule sanitaire ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.
- Toute autre majoration, dépassement d'honoraires, participation ou franchise, dont la prise en charge viendrait à être exclue par la réglementation en vigueur.

Conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, les garanties « Frais de Soins de santé » accordées par BPCE MUTUELLE prennent en charge :

- l'intégralité de la participation des bénéficiaires définie à l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale (« ticket modérateur ») à l'exception des spécialités homéopathiques, des frais de cures thermales non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale, des médicaments remboursés dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré ;
- l'intégralité des dépenses d'acquisition des dispositifs « 100% santé » restant à la charge des bénéficiaires après le remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale, dès lors que les conditions tarifaires (Prix limites de vente, Honoraires limites de facturation) et de renouvellement fixées réglementairement, sont respectées ;
- le forfait journalier supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers, sans limitation de durée ; toute nouvelle obligation de prise en charge qui serait introduite dans le « cahier des charges du contrat responsable ».

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, BPCE MUTUELLE ASSURE aux Participants le tiers-payant conformément à la réglementation en vigueur et *a minima* à hauteur de la base de remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale, pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'Assurance maladie, effectués auprès d'un professionnel de santé de ville – à l'exception de ceux réalisés au cours d'une hospitalisation sur simple présentation de votre carte de tiers payant.

BPCE Mutuelle assure également aux adhérents le tiers payant intégral pour toutes les prestations et actes pris en charge dans le cadre du panier de soins 100% santé (optique, audiologie et dentaire) et sous réserve d'avoir activé la télétransmission avec BPCE Mutuelle.

### Actes de prévention

Les garanties du CGN Santé prennent en charge les actes de prévention, dès lors qu'ils donnent lieu à un remboursement du Régime obligatoire de la Sécurité sociale.

### Remboursement des prestations dues

**ATTENTION :**

**Les demandes de prestations doivent être adressées à BPCE MUTUELLE dans les 24 mois suivant la date des soins, sous peine de déchéance.**

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- le décompte original des remboursements effectués par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ou, le cas échéant, le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,
- l'original du décompte et du règlement fait par un autre organisme.

Les demandes de prestations doivent être adressées par courrier à l'adresse suivante :

**BPCE MUTUELLE**  
**7 rue Léon Patoux**  
**CS 51032**  
**51686 REIMS CEDEX 2**

Ou en ligne depuis votre espace personnel sur :

[www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr)

**Rubrique :** Mes démarches - Transmission de demande de remboursement.

Par ailleurs, lorsqu'elle le juge nécessaire, BPCE MUTUELLE se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

Vous pouvez toutefois être dispensé de produire certaines pièces justificatives dans le cadre de la mise en œuvre de procédés d'échanges de données conventionnellement acceptés par BPCE MUTUELLE.

Les prestations dues sont calculées acte par acte, pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale et engagés au titre de maladies, accidents ou maternités.

Les indemnités forfaitaires peuvent être exprimées selon les garanties (tel que par exemple la médecine douce et le forfait naissance), en euros, en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

**ATTENTION : si, intentionnellement, à l'appui d'une demande de prestations, vous fournissez de faux renseignements ou si vous usez de documents faux et/ou dénaturés, vous serez déchu de tout droit à prestation pour la demande de remboursement concernée.**

### Demande préalable de devis

Lorsque vous devez réaliser des soins de santé, notamment dans le cadre d'une hospitalisation prévue, ou des soins dentaires par exemple, nous vous conseillons de demander au professionnel de santé qu'il vous établisse – au préalable - un devis.

De cette manière, en adressant ce devis à BPCE MUTUELLE, vous pourrez connaître le montant du remboursement auquel vous pourrez prétendre, ainsi que l'éventuel reste à charge que vous pourriez avoir.

### Frais de soins de santé engagés à l'étranger

Lorsque des soins sont effectués à l'étranger, BPCE MUTUELLE :

- prend en charge les frais engagés au sein de l'Union européenne ou dans un pays ayant signé une convention bilatérale de Sécurité sociale avec la France dès lors que le Régime obligatoire de Sécurité sociale français ou étranger est intervenu.

Les Garanties prévues par votre Contrat sont alors accordées sur la base « reconstituée » des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale française en vigueur à la date de soins.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

- Lorsque les frais sont engagés dans un pays étranger hors de l'Union européenne ou non lié par une Convention bilatérale de sécurité sociale avec la France, alors le remboursement des soins s'effectue conformément à l'article R.160-4 du Code de la Sécurité sociale (en cas de maladie inopinée, par exemple).  
Dans ce cas, les Garanties prévues par votre Contrat sont accordées dès lors que le Régime obligatoire français en admet la prise en charge.
- **N'intervient pas lorsque les soins sont pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale, mais que cette dernière refuse d'intervenir** (par exemple en l'absence d'autorisation préalable de votre caisse d'assurance maladie lorsqu'elle est obligatoire pour effectuer des soins à l'étranger dans le cadre du droit aux soins programmés).

Dans tous les cas, l'ensemble des pièces attestant de l'hospitalisation ou des dépenses relatives aux frais de santé doit être adressé à BPCE Mutuelle en langue française.

Si une traduction des pièces est nécessaire, elle doit être opérée par un traducteur ou un organisme de traduction agréé et à vos frais.

En l'absence de transmission de documents traduits, aucun remboursement ne sera effectué.

### Plafonnement du remboursement des prestations aux frais réels

**Le montant des remboursements ne peut en aucun cas excéder le montant de la dépense réellement effectuée.**

**Les remboursements sont effectués déduction faite des prestations servies par le régime obligatoire (Sécurité sociale, MSA, etc...), et éventuellement de celles versées par un, voire plusieurs, autre(s) organisme(s) complémentaire(s).**

**A ce titre, si vous bénéficiez de plusieurs couvertures complémentaires, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE, au moment de la demande de prise en charge d'une prestation, le décompte des remboursements effectués par vos autres couvertures complémentaires, ou à défaut une attestation de non prise en charge par ces dernières, sous peine de déchéance de votre droit à remboursement de la prestation par BPCE MUTUELLE.**

Les frais médicaux chez un professionnel de santé non conventionné sont remboursés par rapport au tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

Pour vos ayants droit, la prestation complémentaire due vient en complément du niveau de remboursement prévu par le Régime général ou local de la Sécurité sociale dont vous relevez, même s'ils relèvent d'un autre régime.

Le détail des remboursements correspondant à votre contrat est donné par le tableau de garanties joint à la présente notice.

### *ATTENTION :*

*Ne donnez pas le détail de vos garanties aux praticiens (chirurgiens-dentistes, opticiens, audio-acousticiens...). Ils n'ont pas besoin de connaître votre niveau de remboursement pour établir leurs devis et factures d'honoraires.*

**En cas de versement de prestations indues,** vous devez en informer BPCE MUTUELLE dans les plus brefs délais et procéder à leur remboursement.

Ainsi, si des frais sont engagés en dehors de la période d'affiliation et qu'ils donnent lieu à une prise en charge par BPCE MUTUELLE, vous devrez intégralement les rembourser.

### **Contrôle**

BPCE MUTUELLE se réserve la faculté de vous – ou vos ayants droit - faire examiner par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties.

En cas de refus de se soumettre à ce contrôle médical, vous ou vos ayants droit, pouvez être déchus de vos droits à remboursement au titre de cette prestation ; les actes à l'origine du contrôle ne seront alors pas remboursés.

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin, vous pouvez demander un examen amiable contradictoire entre le médecin contrôleur et un médecin de votre choix parmi une liste proposée d'experts, les frais étant supportés par moitié entre vous et BPCE MUTUELLE. Votre médecin peut être présent mais les honoraires seront alors entièrement à votre charge.

En cas de désaccord persistant, et en dernier recours, vous pourrez saisir le tribunal compétent.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES A CERTAINES PRESTATIONS

Conformément aux dispositions de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, lorsque la garantie prévoit le remboursement des dépassements tarifaires des médecins, la prise en charge de ces dépassements tarifaires diffère selon que le médecin est ou non adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, c'est-à-dire à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

Lorsque le médecin n'est pas adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, la prise en charge des dépassements tarifaires :

- ne peut excéder 100 % du tarif opposable de la Sécurité sociale, et
- est inférieure au montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Ainsi, à titre d'exemple, le remboursement de la Mutuelle est exprimé :

- «*TM + 100% BR*» si le médecin généraliste est adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé
- «*TM + 80% BR*» si le médecin généraliste n'est pas adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé.

### ATTENTION NE SONT PAS PRIS EN CHARGE :

- *les frais, actes médicaux ou hospitalisation engagés antérieurement au 1<sup>er</sup> jour d'affiliation ou de modification de garantie ;*
- *les dépassements d'honoraires lorsque le parcours de soins n'est pas respecté ;*
- *les frais de cures d'amaigrissement ou de rajeunissement, les frais d'interventions dites esthétiques non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ;*
- *le placement en maison de retraite, le séjour en établissement thermal sauf en cas de cure médicalement justifiée ;*
- *les frais à caractère personnel, tels que journaux, télévision, téléphone, suppléments hôteliers, services et prestations diverses ;*
- *les frais de soins de santé engagés à l'étranger, pris en charge le Régime obligatoire de Sécurité sociale ; mais pour lesquels celle-ci refuse d'intervenir ;*
- *les soins hors nomenclature ;*
- *les frais de chambre particulière lorsque l'hospitalisation ne fait pas l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ;*
- *les appareillages ne figurant pas sur la liste des produits et préparations remboursables par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ;*
- *l'appareil auditif non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ; ;*
- *les frais d'orthodontie non prise en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ;*
- *les prothèses dentaires non prises en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ;*
- *les frais d'hébergement liés à une cure thermale, qu'ils soient pris en charge ou non par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ;*

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### HOSPITALISATION

(y compris maternité)



#### SI JE SUIS HOSPITALISE, DOIS-JE FAIRE L'AVANCE DES FRAIS ?

Non. Informez BPCE Mutuelle du lieu, de la date et de la nature de votre hospitalisation et elle vous délivrera une prise en charge vous évitant de faire l'avance des frais tels que le ticket modérateur, le forfait journalier et la chambre particulière, sur la base des garanties contractuelles.

*En règle générale, c'est l'établissement hospitalier qui se charge de cette démarche.*

En revanche, vous devez faire l'avance des dépassements d'honoraires.

Ils vous sont ensuite remboursés, dans la limite prévue contractuellement, sur présentation de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

En cas d'hospitalisation pour cause de maternité, BPCE MUTUELLE vous rembourse les frais de chambre particulière sur la base des garanties contractuelles.

#### LE FORFAIT HOSPITALIER EST-IL REMBOURSE ?

Le montant du forfait journalier hospitalier varie en fonction de la spécialité médicale concernée.

#### SI JE PRENDS UNE CHAMBRE PARTICULIÈRE ?

Les frais de chambre particulière sont pris en charge sur la base des garanties contractuelles et dans la limite des frais réels, **sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale.**

#### ET SI MON ENFANT EST HOSPITALISÉ ?

Afin de vous permettre de rester auprès de votre enfant de moins de 15 ans, ayant droit de votre contrat, la Mutuelle prend en charge, sur la base des garanties contractuelles, le coût du lit et des repas facturés par l'établissement hospitalier ou une maison d'accueil pour un accompagnant (vous ou l'un de vos ayants droit).

### MON HOSPITALISATION EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE EST-ELLE PRISE EN CHARGE ?

Oui. La Mutuelle délivre une prise en charge pour ce type d'hospitalisation ainsi que pour les séjours en maison de repos, aérium, maison d'enfants, etc. lorsque ceux-ci font l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale.

### MÉDECINE COURANTE



#### COMMENT SONT REMBOURSES LES ACTES DE MÉDECINE COURANTE ?

Dans tous les cas, BPCE MUTUELLE rembourse vos frais médicaux sur la base d'un pourcentage déterminé de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR), conformément aux garanties contractuelles et dans la limite des frais réellement engagés.

Pour savoir si votre médecin est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisé (OPTAM et OPTAM-CO pour les Chirurgiens Obstétriques) [cf. supra « Dispositions particulières à certaines prestations »], il suffit de vous rendre sur le site [www.ameli-direct.fr](http://www.ameli-direct.fr), qui recense l'ensemble des médecins et de vérifier le vôtre.

Les consultations à distance, aussi appelées « téléconsultations », qui sont effectuées conformément aux dispositions de l'avenant n°6 de la convention nationale médicale, par un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, sont assimilées aux consultations, et prises en charge conformément aux garanties contractuelles.

### APPAREILLAGE



#### J'AI BESOIN D'UN APPAREIL AUDITIF QUELLES SONT LES FORMALITÉS NÉCESSAIRES ?

La réforme du « 100% santé » relative à l'audiologie permet, dans des conditions strictement encadrées, de bénéficier de prestations auditives intégralement prises en charge.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

Dans tous les cas, la prise en charge de l'appareil auditif porte **exclusivement sur les frais remboursés par le Régime obligatoire de Sécurité sociale**.

La garantie prévoit deux modalités de remboursement des aides auditives selon que les actes sont réalisés dans le cadre du dispositif du « 100 % santé » ou « hors 100 % santé ».

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille et par période **de 4 ans** à compter de la date d'acquisition de(s) l'aide(s) auditive(s) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale.

Cette périodicité est appréciée au regard des prises en charge effectuées au cours des 4 années antérieures et figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale.

### - Dans le cadre du dispositif « 100% santé » :

Les aides auditives entrant dans ce dispositif sont dites de « classe 1 ».

Elles sont prises en charge à hauteur de 100% des frais réels, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale, et dans la limite des prix limites de vente (PLV).

### - Dans le cadre du dispositif « hors 100% santé » :

Les aides auditives entrant dans ce dispositif sont dites de « classe 2 ».

Elles sont prises en charge uniquement à hauteur des garanties contractuellement prévues et a minima à hauteur du ticket modérateur.

Dans tous les cas, et conformément au cahier des charges du contrat responsable le remboursement auquel pourra prétendre le participant ne pourra excéder 1 700 euros par oreille et par bénéficiaire (remboursements du Régime obligatoire de Sécurité sociale inclus), par période de quatre ans.

### QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LE PETIT ET LE GRAND APPAREILLAGE ?

Le petit appareillage est un dispositif matériel permettant de compenser une fonction organique déficiente (par exemple, une cheville, une attelle, des bas de contention, les prothèses capillaires et les prothèses mammaires, etc...).

Le grand appareillage quant à lui concerne notamment les prothèses oculaires et maxillo-faciales, ainsi que les véhicules pour personnes handicapées physiques.

Pour être pris en charge, ces appareillages doivent figurer sur la liste des produits et préparations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire et pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale.

## DENTAIRE



### J'AI BESOIN D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE QUELLES SONT LES PRESTATIONS COUVERTES ?

La réforme du « 100% santé » en dentaire est entrée progressivement en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2020.

Cette réforme permet, dans des conditions strictement encadrées, de bénéficier de soins et prothèses intégralement pris en charge, ou avec un reste à charge maîtrisé.

La prise en charge des soins et prothèses dentaires porte **exclusivement sur les frais remboursés par le Régime obligatoire de Sécurité sociale**, conformément aux garanties contractuelles.

### - Dans le cadre du dispositif « 100% santé » :

L'intégralité des frais exposés pour les soins et prothèses dentaires entrant dans ce dispositif est pris en charge à hauteur de 100% des frais réels, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale, et dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).

Cette prise en charge intégrale des dépenses est réglementairement encadrée et fonction de la localisation de la dent et du matériau utilisé.

Ce dispositif est entré progressivement en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour les prothèses fixes et les bridges.

### - Dans le cadre du dispositif « hors 100% santé » :

En fonction de la localisation de la dent et du matériau utilisé, certains soins et prothèses dentaires peuvent entrer dans le panier dit « **à tarif maîtrisé** » ou à « **tarif libre** ».

- La prise en charge des soins et prothèses dentaires dans le cadre du « tarif maîtrisé » :

Les soins et prothèses dentaires entrant dans ce dispositif peuvent être pris en charge, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF), à hauteur des garanties contractuellement prévues. Un reste à charge limité peut perdurer.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

- La prise en charge des soins et prothèses dentaires dans le cadre du « tarif libre » :

Les soins et prothèses dentaires entrant dans ce dispositif sont pris en charge uniquement à hauteur des garanties contractuellement prévues.

Vos frais d'implants non pris en charge par le **Régime obligatoire de Sécurité sociale** sont remboursés conformément aux garanties contractuelles et dans la limite des frais réellement engagés.

---

### J'AI BESOIN DE REMPLACER UNE DENT MANQUANTE QUELLES SOLUTIONS AI-JE ?

---

Le remplacement d'une dent manquante peut être réalisé par deux procédés : la pose d'un bridge ou d'un implant.

Le bridge nécessite le placement de couronne sur les dents adjacentes. Il est donc composé au minimum de 3 éléments. Toutefois, il est possible d'ajouter des inters de bridge supplémentaires lorsque plusieurs dents sont manquantes. L'implant est quant à lui indépendant.

**Attention : Sachez que la pose d'un implant n'est pas prise en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale, et sera remboursée conformément aux garanties contractuelles, et dans la limite des frais réellement engagés.**

---

### QUELS SONT LES FRAIS D'ORTHODONTIE PRIS EN CHARGE ?

---

Seuls sont pris en charge les frais d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

---

### QU'EST CE QUE LA PARODONTOLOGIE REFUSÉE ?

---

La parodontologie consiste dans le traitement des tissus de soutien de la dent.

Le Régime obligatoire de Sécurité sociale rembourse les quatre actes suivants au titre des soins dentaires : la prothèse attelle de contention, le détartrage complet sous et sur gingival, l'attelle métallique ainsi que la ligature métallique.

En dehors de ces actes, vos frais de parodontologie refusée sont remboursés conformément aux garanties contractuelles, et dans la limite des frais réellement engagés, sur présentation d'une facture détaillée.

---

### QUELLES SONT LES FORMALITES A REMPLIR POUR OBTENIR MES REMBOURSEMENTS EN DENTAIRE ?

---

Pour tous les soins pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale.

Dans un 1<sup>er</sup> temps, vous devez adresser votre feuille de soins à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (sauf si le professionnel a utilisé votre carte vitale).

Dans un second temps,

- Si vous bénéficiez de la télétransmission, le remboursement BPCE MUTUELLE s'effectue automatiquement dès lors que vous avez réglé la totalité des soins.
- Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE votre décompte de remboursement de Sécurité sociale et la facture acquittée.

Si vous avez bénéficié d'un tiers-payant Sécurité sociale ou si vos soins ne sont pas pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale (ex : implants) :

- Vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la facture acquittée de votre dentiste.

### OPTIQUE



---

### QU'EST-CE QU'UN « EQUIPEMENT OPTIQUE » ?

---

La réforme du « 100% santé » en optique est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2020. Cette réforme permet, dans des conditions strictement encadrées, de bénéficier de prestations optiques (monture et ou verre(s)) intégralement prises en charge.

Ainsi le Contrat prévoit deux modalités de remboursement selon que l'équipement est sélectionné dans le dispositif « 100 % santé » ou « hors 100 % santé ».

L'équipement optique se compose d'une monture et de deux verres.

**- Dans le cadre du dispositif « 100% santé » :**

L'équipement optique entrant dans ce dispositif est dit de « classe A ».

Il est pris en charge à hauteur de 100 % des frais réels, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale, et dans la

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

limite des prix limites de vente (PLV) et dans le respect des délais de renouvellement réglementairement fixés.

### - Dans le cadre du dispositif « hors 100% santé » :

L'équipement optique entrant dans ce dispositif est dit de « classe B ».

Il est pris en charge uniquement à hauteur des garanties contractuellement prévues, dans la limite des planchers et plafonds fixés par le cahier des charges des contrats responsables et dans le respect des délais de renouvellement réglementairement fixés.

Conformément au cahier des charges du contrat responsable la prise en charge de la monture est limitée à 100 euros (remboursements de la Sécurité sociale inclus) et en fonction de votre correction, le remboursement de la Mutuelle doit respecter les planchers et plafonds de prise en charge définis par la réglementation, incluant le ticket modérateur, à savoir :



Lorsque vous bénéficiez de plusieurs couvertures Frais de soins de santé, le remboursement effectué par BPCE Mutuelle, lorsqu'elle intervient en 2<sup>nd</sup>e mutuelle, au titre de l'équipement, interviendra sous déduction du Régime obligatoire de Sécurité sociale et des remboursements précédemment effectués par les autres organismes complémentaires afin de respecter, au total, les plafonds visés par le cahier des charges des contrats responsables.

BPCE Mutuelle se réserve donc le droit de vous demander tous les renseignements complémentaires pour effectuer la prise en charge de vos dépenses.

---

### COMMENT SONT DECOMPTES LES EQUIPEMENTS « MONTURE ET VERRES » ?

---

#### Un équipement tous les 2 ans pour les bénéficiaires de 16 ans et plus

Toutefois, cette période peut être réduite à un an en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, ou par l'adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier ;

#### Un équipement par an pour les bénéficiaires de moins de 16 ans

Toutefois, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Le renouvellement de la monture ne sera pas pris en charge par BPCE Mutuelle ;

#### Un équipement au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement pour les bénéficiaires de moins de 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.

Dans tous les cas, le début de la période s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire et en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes visées ci-dessus. Le choix d'un équipement « 100 % Santé » ou « hors 100 % Santé » n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement.

Lorsque l'équipement est acquis en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément composant l'équipement.

Par dérogation à ce qui précède, aucun délai de renouvellement n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement, et sous réserve de la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant l'existence d'une situation médicale particulière.

*Exemple : Vous utilisez votre forfait monture le 5 mars 2022, il est reconstitué 2 ans après votre première utilisation, soit le 5 mars 2024.*

Lorsque le renouvellement de l'équipement est justifié par une évolution de la vue définie réglementairement, la prise en charge de l'équipement optique s'effectue chaque année, **de date à date**, à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (verre ou monture) figurant sur le relevé de prestation du

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

Régime obligatoire de Sécurité sociale. Dans ce cas, le remboursement de BPCE MUTUELLE sera effectué sur présentation du décompte du Régime obligatoire de Sécurité sociale et des justificatifs médicaux (factures et ordonnances valides des deux équipements faisant apparaître – si possible – la mention « Changement de vue » et décompte du Régime obligatoire de Sécurité sociale).

Dans le cas d'achat de 2 équipements « vision de près » et « vision de loin », BPCE MUTUELLE interviendra sur les 2 équipements tous les 2 ans, à condition de produire tous les justificatifs nécessaires par courrier prouvant la double correction visuelle. Les règles de couverture fixées dans le cadre des « contrats responsables » sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

---

### COMMENT PUIS-JE SAVOIR SI MA VUE A EVOLUE ?

L'évolution de la vue est strictement encadrée par la réglementation et doit correspondre à :

- des variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres
- une variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- une variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- une variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- une variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

---

### COMMENT EST DECOMPTE LE FORFAIT LENTILLES ?

Votre forfait lentilles est totalement « reconstitué » tous les deux ans, de date à date à compter de la première acquisition de lentilles.

*Exemple : Vous utilisez votre forfait lentilles pour la première fois le 5 mars 2022, il est totalement reconstitué 2 ans après votre première utilisation, soit le 5 mars 2024.*

Si vous n'avez utilisé que partiellement votre forfait lors de vos dernières acquisitions et que

vous avez besoin de nouvelles lentilles avant l'expiration du délai de deux ans, la prise en charge de BPCE MUTUELLE sera limitée au forfait, déduction faite des précédents remboursements de la mutuelle.

*Exemple : si votre forfait est de 300 € et que, lors de votre premier achat le 5 mars 2022 vous avez utilisé 155 €, la prise en charge de la mutuelle d'ici au 5 mars 2024 sera limitée à 145 €.*

Pour les lentilles non prises en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la copie de l'ordonnance au médecin conseil de BPCE MUTUELLE ainsi que la facture acquittée remise par votre praticien pour en obtenir le remboursement conformément aux garanties contractuelles.

---

### JE DOIS CHANGER MES LUNETTES (OU MES LENTILLES).

#### QUELLES SONT LES FORMALITES NECESSAIRES ?

Dans un 1<sup>er</sup> temps, pour les montures, les verres et les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale, vous devez adresser votre feuille de soins accompagnée de votre ordonnance à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Dans un second temps,

- Si vous bénéficiez de la télétransmission, le remboursement BPCE MUTUELLE s'effectue automatiquement, dès lors que vous avez réglé la totalité des soins.
- Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE votre décompte de remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale ainsi que la prescription médicale.

Si vous avez bénéficié d'un tiers-payant Sécurité sociale ou si vos lentilles ne sont pas prises en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la facture acquittée de votre opticien ainsi que la prescription médicale.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### Réseau de soins

*Votre garantie vous donne accès au réseau de soins de Santéclair, qui vous propose des services privilégiés, comme la garantie « casse », sans franchise et valable 2 ans.*

*Nous vous conseillons de vous rapprocher d'un opticien partenaire du réseau Santéclair pour obtenir des renseignements complémentaires.*

### J'ENVISAGE UNE OPERATION DE CHIRURGIE REFRACTIVE.

Votre garantie prévoit le versement d'un forfait limité à une opération par œil par an, pour cause de myopie, d'astigmatie ou d'hypermétropie.

S'agissant de soins non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la facture acquittée précisant la nature de l'intervention, remise par votre praticien pour en obtenir le remboursement conformément aux garanties contractuelles.

### NAISSANCE / ADOPTION

#### L'ACCOUCHEMENT EST POUR BIENTOT DOIS-JE ACCOMPLIR UNE FORMALITE PARTICULIERE ?

Non. Après l'accouchement, vous devrez envoyer à BPCE MUTUELLE un extrait d'acte de naissance ; un forfait naissance sera alors versé par enfant.

La naissance de l'enfant doit intervenir au plus tôt à la date d'affiliation du participant.

Le versement du forfait est conditionné à l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant droit dans les 3 mois suivant sa naissance.

Le montant versé est celui en vigueur au jour de la naissance, conformément aux garanties contractuelles.

En cas de naissance au sein d'un couple, tous deux salariés de l'entreprise, un seul forfait naissance est versé si l'un est ayant droit de l'autre.

Ce forfait sera également versé en cas d'enfant à naître et né viable.

**Attention :** seuls les enfants du participant peuvent ouvrir droit au versement du forfait naissance.

#### EN CAS D'ADOPTION, AI-JE DROIT AU VERSEMENT D'UN FORFAIT ADOPTION ?

Oui. En cas d'adoption d'un enfant mineur, vous devrez envoyer à BPCE MUTUELLE une copie du certificat d'adoption ; un forfait adoption vous sera alors versé par enfant.

L'adoption d'un enfant doit intervenir au plus tôt à la date d'affiliation du participant.

Le versement du forfait est conditionné à l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant droit du contrat dans les 3 mois suivant son adoption.

Le montant versé est celui en vigueur au jour de l'adoption, conformément aux garanties contractuelles.

En cas d'adoption au sein d'un couple, tous deux salariés de l'entreprise, un seul forfait adoption est versé si l'un est ayant droit de l'autre.

**Attention :** seuls les enfants adoptés du participant peuvent ouvrir droit au versement du forfait naissance.

### CURE



#### EN CAS DE CURE THERMALE, QUELLE EST LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE ?

Si votre cure est soumise à une demande d'entente préalable auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, une somme forfaitaire vous sera versée. Le forfait cure est annuel.

**Dans tous les cas, le forfait sera versé dans la limite des frais réellement engagés de sorte que le forfait cure sera proratisé, si les dépenses engagées au titre de la cure sont inférieures au montant du forfait.**

Cette prestation vient s'ajouter à la part réglée par le Régime obligatoire de Sécurité sociale.

BPCE MUTUELLE prend en charge :

- Le forfait de surveillance au titre de la médecine courante (consultations, actes médicaux),
- Le forfait thermal avec une participation forfaitaire prévue dans la grille de garanties,
- Les frais de transport, en cas d'intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale, au titre de la garantie « frais de transport », dont le montant est défini par les garanties contractuelles.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

En revanche, BPCE MUTUELLE n'intervient pas sur :

- Les frais d'hébergement liés à la cure, qu'ils soient pris en charge ou non par le Régime obligatoire de Sécurité sociale,
- les frais annexes et non médicaux : téléphone, télévision, boissons, frais de repas,

Concernant la thalassothérapie, le même forfait est versé s'il y a intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale.

### MÉDECINE DOUCE



#### QUELLE EST LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE ?

Les séances chez un chiropracteur, un acupuncteur, un ostéopathe, un étiope, un diététicien, un psychomotricien ou un pédicure - reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes - sont prises en charge dans les limites des garanties contractuelles.

Sont reconnus professionnellement :

- les ostéopathes et psychologues inscrits au répertoire ADELI ;
- les chiropracteurs, acupuncteurs, étiope, diététiciens, psychomotriciens et pédicures, titulaires d'un diplôme reconnu et enregistrés comme tels par les annuaires professionnels.

Le remboursement s'effectue, dans la limite des frais engagés, sur présentation d'une facture acquittée précisant clairement la spécialité du praticien, le montant réglé et le bénéficiaire des soins.

Le forfait « médecine douce » est apprécié par assuré et par année civile, dans la limite du nombre de séances définies dans la grille de garantie.

### ACTES DE PRÉVENTION

#### QUELS SONT LES ACTES DE PREVENTION PRIS EN CHARGE PAR LA MUTUELLE ?

Dans le cadre des objectifs de santé publique fixés par les autorités publiques, la garantie prévoit la prise en charge des actes de prévention, dans les conditions définies par les garanties contractuelles.

### AUTRES FRAIS

#### QUELLE EST LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE ?

L'ensemble des frais donnant lieu à une prise en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale est remboursé par BPCE Mutuelle, sauf prise en charge contractuelle supérieure, à hauteur du ticket modérateur (à l'exception des spécialités homéopathiques).

### ASSISTANCE

#### QU'EST CE QUE L'ASSISTANCE ?



Le contrat collectif dont vous bénéficiez propose des garanties d'assistance branche 18 couvertes auprès d'IMA, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris CS 40000 – 79 033 Niort cedex 9, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 481 511 632 – au nom et pour le compte des participants au contrat collectif santé de BPCE MUTUELLE.

Les garanties d'assistance sont portées et gérées par l'assureur, IMA. A ce titre, IMA est l'interlocuteur privilégié du participant pendant toute la durée de son adhésion.

Les prestations proposées par IMA complètent l'offre de complémentaire santé de BPCE MUTUELLE. Ces garanties d'assistance ont pour vocation, en vous apportant des services d'accompagnement, notamment de l'aide ménagère, de la garde d'enfants, du soutien scolaire, du soutien psychologique ; autant de services qui vous permettent de vous organiser si vous, ou l'un de vos proches, connaissez des aléas de santé

Afin de réaliser ces garanties d'assistance, IMA fait appel à ses ressources expertes internes (travailleurs sociaux, experts médicaux, ergothérapeutes, etc.), mais également à un réseau de prestataires et met à votre disposition une plateforme d'assistance, disponible 24h/24 et 7 jours sur 7.

L'ensemble des garanties d'assistance sont détaillées par la Notice d'information rédigée par IMA.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### QUELS JUSTIFICATIFS FOURNIR POUR VOS REMBOURSEMENTS EN SANTÉ\* ?

	Vous bénéficiez de la télétransmission		Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission <sup>2</sup>
	Vous avez réglé la totalité de la facture	Vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur et/ou dépassement d'honoraires)	
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b> (Frais de séjour, frais de chambre particulière, frais d'accompagnement, etc...)	Facture détaillée et acquittée ou Avis des sommes à payer + reçu de paiement	Facture détaillée et acquittée ou Avis des sommes à payer + reçu de paiement	Décompte du Régime obligatoire + Facture détaillée et acquittée ou Avis des sommes à payer + reçu de paiement
<b>FRAIS MEDICAUX</b> (consultations, pharmacie, analyses, radiologie, etc...) et <b>SOINS DENTAIRES</b>	(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du Régime obligatoire
<b>PROTHESES AUDITIVES</b>	(Rien à envoyer)	Facture détaillée acquittée avec localisation de l'oreille équipée + prescription médicale ; les prescriptions sur les 4 dernières années peuvent être demandées <sup>1</sup>	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée avec localisation de l'oreille équipée + prescription médicale sur les 4 dernières années peuvent être demandées <sup>1</sup>
<b>PROTHESES DENTAIRES</b> (y compris implants dentaires acceptés par la Sécurité sociale)	(Rien à envoyer)	Facture acquittée avec localisation des dents soignées	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée avec localisation des dents soignées
<b>INLAY CORE, BRIDGE, INTER DE BRIDGE ACCEPTES</b>	(Rien à envoyer)	Facture détaillée acquittée	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée
<b>IMPLANT DENTAIRE non pris en charge par la Sécurité sociale</b>	Facture acquittée précisant le n° de la dent concernée, le montant et la désignation précise de l'acte	-	Facture acquittée précisant le n° de la dent concernée, le montant et la désignation précise de l'acte
<b>PARODONTOLOGIE REFUSEE</b>	Facture acquittée précisant le montant et la désignation précise de l'acte	-	Facture acquittée précisant le montant et la désignation précise de l'acte

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

<b>ORTHODONTIE ACCEPTEE</b>		(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE</b>	<b>Equipement simple (monture + verres)</b>	(Rien à envoyer)	Facture détaillée et acquittée avec données de dioptries + prescription médicale <sup>1</sup>	Décompte du Régime obligatoire + Facture détaillée et acquittée avec données de dioptries + prescription médicale <sup>1</sup>
	<b>Double équipement vision de près/vision de loin (2 montures + 2 paires de verres)</b>	Ordonnances des deux équipements + facture détaillée et acquittée	Facture détaillée acquittée + ordonnance des deux équipements	Décompte du Régime obligatoire + Facture détaillée et acquittée + Ordonnance des deux équipements
	<b>Renouvellement d'un équipement de moins de 2 ans pour les assurés âgés de plus de 16 an et 1 an pour les moins de 16 ans</b>	Factures et ordonnances des deux derniers équipements	Décompte du Régime obligatoire + factures acquittées + ordonnances des deux derniers équipements	Décompte du Régime obligatoire + factures acquittées + ordonnances des deux derniers équipements
<b>LENTILLES</b>	<b>Acceptées par la Sécurité sociale</b>	(Rien à envoyer)	Facture acquittée + prescription médicale <sup>1</sup>	Décompte du Régime obligatoire + facture acquittée + prescription médicale <sup>1</sup>
	<b>Refusées par la Sécurité sociale</b>	Facture acquittée + prescription médicale <sup>1</sup>	-	Facture acquittée + prescription médicale <sup>1</sup>
<b>OPERATION DE CHIRURGIE REFRACTIVE</b>		Facture acquittée + prescription médicale <sup>1</sup> précisant la nature de l'intervention	-	Facture acquittée détaillée + prescription médicale <sup>1</sup> précisant la nature de l'intervention
<b>CURES THERMALES</b>		(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du régime obligatoire + Facture acquittée
<b>MEDECINE DOUCE</b>		Facture détaillée et acquittée précisant la spécialité du professionnel de santé, ses coordonnées, ses diplômes, la date des soins et le nom du bénéficiaire des soins ainsi que le montant réglé	-	Facture détaillée et acquittée précisant la spécialité du professionnel de santé, ses coordonnées, ses diplômes, la date des soins et le nom du bénéficiaire des soins ainsi que le montant réglé
<b>NAISSANCE/ADOPTION</b>		Acte de naissance ou extrait du livret de famille ou copie du certificat d'adoption	-	Acte de naissance ou extrait du livret de famille ou copie du certificat d'adoption

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

\* BPCE Mutuelle mène, conformément à la réglementation, une procédure de lutte contre la fraude à l'assurance. Dans ce cadre, elle se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

<sup>1</sup> La prescription médicale peut être adressée au médecin conseil de BPCE Mutuelle, sous pli confidentiel, à l'adresse suivante : BPCE Mutuelle – Médecin Conseil – 7 rue Léon Patoux CS 51032 – 51686 Reims Cedex 2.

<sup>2</sup> Pour les salariés bénéficiant de plusieurs couvertures, et ne bénéficiant pas de la télétransmission auprès de BPCE Mutuelle, le décompte des autre(s) organisme(s) complémentaire(s) ou l'attestation de non intervention doit être joint lors d'une demande de remboursement.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### 4<sup>ème</sup> partie : Informations sur BPCE MUTUELLE (hors contrat)

#### LE RESEAU DE SOINS SANTECLAIR



Votre affiliation à BPCE MUTUELLE vous donne accès au réseau de soins de Santéclair.

Ce réseau couvre la France entière, et vous permet d'accéder à sept réseaux de soins regroupant à ce jour plus de 7 500 professionnels de la santé :

- opticiens,
- centres de chirurgie réfractive,
- chirurgiens dentaires,
- implantologues dentaires,
- audioprothésistes,
- ostéopathes et chiropracteurs,
- diététiciens
- centres d'ophtalmologie,
- naturopathe,
- sophrologue.

La mention Santéclair figure sur votre carte de tiers payant et vous permet de bénéficier des avantages de ce réseau de soins.

L'adhésion à ce réseau de soins a pour objet de :

- diminuer vos dépenses de santé,
- vous garantir des soins de qualité,
- vous informer et vous conseiller sur les solutions les plus adaptées à vos besoins.

Santéclair a négocié avec les professionnels de la santé partenaires des tarifs maximums.

A titre d'exemple, Santéclair indique qu'en optique, pour un verre strictement identique, ces tarifs négociés sont en moyenne 40 % moins cher chez les opticiens du réseau que chez les opticiens hors réseaux.

De plus, sur présentation de votre carte de tiers payant BPCE Mutuelle, vous pourrez bénéficier chez cet opticien de la dispense d'avance de frais hors reste à charge.

Si vous souhaitez consulter un praticien qui n'appartient pas à l'un des réseaux Santéclair, vous pourrez également obtenir des analyses de devis conseil.

Les coordonnées des professionnels de santé partenaires du réseau Santéclair sont accessibles via un outil de géolocalisation sur internet, tablette et mobile.

Pour déterminer votre reste à charge ou trouver un partenaire du réseau Santéclair connectez-vous sur le site internet : [www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr)

#### MEDECINE DE VILLE

Votre affiliation à BPCE MUTUELLE vous permet de bénéficier des services proposés par Santéclair tels que :

- La téléconsultation : en partenariat avec le site « Mes Docteurs », ce service vous permet de réaliser en ligne une consultation avec un médecin généraliste ou spécialiste.

Dans le cadre de cette téléconsultation, le médecin peut vous orienter vers d'autres professionnels de santé ou un établissement de soins, et délivrer des ordonnances qui sont alors directement transmises à la pharmacie de votre choix.

Ce service est accessible par téléphone ou par internet (chat ou visioconférence).

Chaque bénéficiaire dispose de 5 téléconsultations par an, prises en charge par BPCE MUTUELLE. Au-delà, le coût est à la charge du bénéficiaire.

- La géolocalisation : ce service mis en place en partenariat avec le site « Pages jaunes » et « Mon Docteur » propose un lien vers une application appelée « Trouvetondoc », qui vous permet de trouver un médecin généraliste ou spécialiste en fonction de la localisation souhaitée.

Cette application vous permet également d'obtenir des informations complémentaires sur les médecins, telles que :

- ✓ Son secteur d'activité déclaré,
- ✓ La tarification pratiquée,
- ✓ Son adhésion ou non à l'OPTAM.

Par ailleurs, l'application vous propose également un service de prise de rendez-vous en ligne avec un médecin, sous réserve que ce dernier soit affilié aux services tels que « Pages jaunes », « Mon docteur », « Doctolib » pour la prise de rendez-vous.

Vous bénéficiez également par le biais du portail MSANTECLAIR de services complémentaires tels que : l'analyse de devis dentaires, de coaching sommeil et nutrition, etc.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

---

### LA REVUE

#### L'information mutualiste

---



Magazine édité quatre fois par an par BPCÉ Mutuelle, La Revue est adressée par courrier postal gratuitement à tous les participants de BPCÉ Mutuelle et également disponible sur le site internet de BPCÉ MUTUELLE.

Ses pages santé, ses dossiers d'actualité, ses articles de société, ses informations mutualistes en font un lien privilégié entre tous les participants de la Mutuelle.

---

### L'ASSURANCE À TAUX PRÉFÉRENTIEL

#### DE VOS PRETS

---



Lorsque vous demandez un prêt, quel qu'il soit, vous devez obligatoirement souscrire une assurance.

BPCÉ MUTUELLE peut vous proposer un contrat d'assurance en couverture de prêt à un tarif préférentiel pour tous les prêts que vous sollicitez.

Cette assurance couvre les risques décès, invalidité et incapacité de travail, et de façon facultative le chômage.

---

### L'ACTION SOCIALE

---

Des secours ponctuels peuvent être accordés par la Commission d'Action sociale de BPCÉ MUTUELLE, issue du Conseil d'Administration, aux participants qui rencontrent des situations particulièrement douloureuses, d'ordre social ou financier, liées à des problèmes de santé et/ou d'invalidité et/ou de handicap.

Pour que votre demande soit examinée par la Commission d'Action sociale, vous devez saisir BPCÉ MUTUELLE.

Il vous sera alors demandé de remplir une « Demande d'Intervention Sociale ». Vous pouvez vous procurer ce document auprès du Service social :

BPCÉ MUTUELLE  
SERVICE SOCIAL  
4/14, RUE FERRUS  
- CS 80042 -  
75683 PARIS CEDEX 14

\*\*\*\*\*

E-mail : [action.sociale@eps.caisse-epargne.fr](mailto:action.sociale@eps.caisse-epargne.fr)

Ce dossier est adressé à l'assistant social de BPCÉ MUTUELLE qui est lié par le secret professionnel dès votre premier entretien. Aussi, toutes ses interventions et ses demandes respectent le principe de confidentialité et d'anonymat. Lorsque le dossier est présenté en Commission d'Action sociale, votre nom, votre région et votre entreprise sont supprimés afin de garantir votre anonymat.

Le secours exceptionnel accordé prend le plus souvent la forme d'un don ou d'un prêt sur l'honneur, selon des modalités (montant, durée...) fixées par la Commission et validées globalement par le Conseil d'Administration.

Les décisions de la Commission d'Action sociale de BPCÉ MUTUELLE sont discrétionnaires et insusceptibles d'appel.

Par ailleurs, l'Action sociale de la Mutuelle peut octroyer des aides dans le cadre d'actions particulières, à titre d'exemple : aide au sevrage tabagique, etc.

---

### LES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

#### MUTUALISTES

---



Votre affiliation à BPCÉ MUTUELLE vous permet de bénéficier de l'accès gratuit aux services de soins et d'accompagnement mutualistes de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (pharmacies, centres médicaux, centres optiques, cabinets dentaires, cliniques...).

---

### UNE COUVERTURE SANTE

#### POUR VOS PROCHES

---

Si vous souhaitez que vos parents ou vos enfants majeurs bénéficient de la couverture de BPCÉ MUTUELLE, contactez la mutuelle.

Les conseillers de la Mutuelle seront heureux de vous présenter la formule la plus appropriée, afin que BPCÉ MUTUELLE devienne le partenaire santé de toute votre famille.

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### REGIME GENERAL de la Sécurité sociale 2022

#### CONTRAT GROUPE NATIONAL - 2022

##### 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.



2022 - TG - CGN SANTE - RG

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>HONORAIRES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX</b> (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CD	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CD	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>FRAIS DE SÉJOUR</b>		80% ou 100% BR	TM + 100 % BR	200% BR
<b>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX EN HOSPITALISATION</b>	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CD	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CD	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> (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
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>		-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>FRAIS D'ACCOMPAGNANT (2)</b>		-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
<b>FORFAIT PATIENT URGENCE (FPU) (3)</b>		-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPÉRIEURS À 120 €</b>		-	100% des frais réels	100% des frais réels

#### SOINS COURANTS

<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>				
Consultations et visites généralistes (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CD	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CD	70% BR	TM + 80% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CD	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CD	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes de spécialité et radiologie (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CD	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CD	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €		-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>		60% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b> (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)		60% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>TRANSPORT</b>		65% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>MÉDICAMENTS</b>				
Pharmacie à 65 %		65% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 30 %		30% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %		15% BR	TM	100% BR
<b>MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)</b>				
Petit appareillage		60% BR	TM + 160% BR	260% BR
Grand appareillage		100% BR	TM + 200% BR	300% BR

#### AIDES AUDITIVES (5)

Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.			
<b>ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7)</b> (à compter du 01/01/2021)	60 % BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
<b>ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)</b> * La prise en charge de l'équipement est dans tous les cas, limitée à 1 700 € (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) par oreille et par bénéficiaire			
<b>BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 20 ANS</b>			
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	60% BR	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
<b>BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS</b>			
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	60% BR	TM + Forfait 600 € par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille
<b>CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES</b>			
Consommables, piles et accessoires acceptés par la Sécurité sociale	RSS	TM	100% BR
<b>DENTAIRE</b>			
<b>SOINS ET PROTHÈSES "100% SANTÉ" (7)</b>	70% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels

<b>SOINS HORS "100% SANTÉ" (7)</b>			
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
<b>PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (7)</b>			
Bridge 3 éléments acceptés 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	Honoraires maîtrisés (7)	70% BR	TM + 350% BR
	Tarifs libres	70% BR	TM + 350% BR
<b>IMPLANTOLOGIE DENTAIRE</b> refusée 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
<b>PARODONTOLOGIE</b> refusée par la Sécurité sociale	-	250 € / an	250 € / an
<b>ORTHODONTIE</b> acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	350% BR

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>OPTIQUE (6)</b>			
<b>ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7)</b>			
* ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.			
	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
* ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.			
	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
<b>ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)</b>			
* ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.			
Monture + deux verres simples	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + deux verres complexes	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + deux verres très complexes	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
* ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.			
Monture + deux verres simples	60% BR	280 € - RSS	280 €
Monture + deux verres complexes	60% BR	600 € - RSS	600 €
Monture + deux verres très complexes	60% BR	800 € - RSS	800 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	440 € - RSS	440 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	540 € - RSS	540 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	700 € - RSS	700 €
<b>LENTILLES ET OPÉRATION DE L'ŒIL</b>			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période (8) 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

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>AUTRES GARANTIES</b>			
<b>MÉDECINE DOUCE</b> Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance - Forfait limité à 3 séances / an : chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioptathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance - Forfait limité à 3 séances / an : chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioptathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
<b>CURE THERMALE (OU THALASSOTHÉRAPIE)</b> acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (9)	65% BR	Forfait 125 €	65% BR + Forfait 125 €
<b>NAISSANCE / ADOPTION :</b> Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption (10)	-	Forfait de 20% du PMSS par enfant	Forfait de 20% du PMSS par enfant
<b>AUTRES FRAIS</b>			
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 (11)	RSS	TM	100% BR
Accès aux services d'assistance (12)	Inter Mutuelles Assistance (IMA)		

- 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 à l'OPTAM / OPTAM-CO.
- Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.
- Participation forfaitaire appliquée en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation, hors cas d'exonérations et minorations, définis réglementairement notamment par l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- 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.
- La prise en charge de(s) l'aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. Le renouvellement de(s) l'aide(s) auditive(s) ne peut intervenir avant une période de 4 ans. Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de(s) l'aide(s) auditive(s) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le choix d'un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement.
- Les prestations optiques répondent à la 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) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Le choix d'un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros maximum hors «100% santé» et à 30 € maximum le «100% santé».
- Tels que définis réglementairement notamment par les articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Ainsi, par exemple, dans le cadre du 100% Santé les tarifs pratiqués par les professionnels de santé sont encadrés par des Prix Limités de Vente (PLV) / Honoraires Limites de Facturation (HLF) - voire, en dentaire des Tarifs Maîtrisés - ; en dehors du 100% Santé, la prise en charge de l'équipement optique est plafonnée selon la correction.
- Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de la / les première(s) lentille(s). Cette période est distincte et indépendante de la période relative à l'achat de lunettes.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité inscrite au répertoire SIREN sous le n° 776466963 dont le siège social est : 7 rue Léon Patoux, CS 51032 - 51686 REIMS CEDEX 2 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 Paris

Page 2/2



2022-TG - CGN SANTÉ - RG

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

### REGIME LOCAL de la Sécurité sociale 2022

#### CONTRAT GROUPE NATIONAL - 2022

##### REGIME LOCAL DE LA SECURITE 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.



2022 - TG - CGN SANTÉ - RL

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX</b> (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>FRAIS DE SÉJOUR</b>		100% BR	TM + 100 % BR	200% BR
<b>ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION</b>	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> (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
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
<b>FRAIS D'ACCOMPAGNANT (2)</b>	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
<b>FORFAIT PATIENT URGENCE (FPU) (3)</b>	-	100% des frais réels	-	100% des frais réels
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPÉRIEURS À 120 €</b>	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels

#### SOINS COURANTS

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>				
Consultations et visites généralistes (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 80% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes de spécialité et radiologie (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>		90% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b> (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)		90% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>TRANSPORT</b>		100% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>MEDICAMENTS</b>				
Pharmacie à 90 %		90% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 80 %		80% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %		15% BR	TM	100% BR
<b>MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)</b>				
Petit appareillage		90% BR	TM + 160% BR	260% BR
Grand appareillage		100% BR	TM + 200% BR	300% BR

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>AIDES AUDITIVES (5)</b>				
Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.				
<b>ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7) (à compter du 01/01/2021)</b>		90% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
<b>ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)</b>				
* La prise en charge de l'équipement est dans tous les cas, limitée à 1 700 € (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) par oreille et par bénéficiaire				
<b>BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 20 ANS</b>				
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		90% BR	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
<b>BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS</b>				
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		90% BR	TM + Forfait 600 € par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille
<b>CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES</b>				
Consommables, piles et accessoires acceptés par la Sécurité sociale		RSS	TM	100% BR
<b>DENTAIRE</b>				
<b>SOINS ET PROTHÈSES "100% SANTÉ" (7)</b>				
		90% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
<b>SOINS HORS "100% SANTÉ" (7)</b>				
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)		90% BR	TM + 200% BR	300% BR
Inlay core accepté par la Sécurité sociale		90% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (7)</b>				
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge		90% 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		90% BR	TM + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	Honoraires maîtrisés (7)	90% BR	TM + 350% BR	450% BR
	Tarifs libres	90% BR	TM + 350% BR	450% BR
<b>IMPLANTOLOGIE DENTAIRE</b> refusée 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
<b>PARODONTOLOGIE</b> refusée par la Sécurité sociale		-	250 € / an	250 € / an
<b>ORTHODONTIE</b> acceptée par la Sécurité sociale		100% BR	250% BR	350% BR

# CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

## Notice d'information

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>OPTIQUE (6)</b>		
<b>ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7)</b>		
* <b>ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS</b> : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.		
	90% BR	100% des Frais Réels - RSS
		100% des Frais Réels
* <b>ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS</b> : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.		
	90% BR	100% des Frais Réels - RSS
		100% des Frais Réels
<b>ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)</b>		
* <b>ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS</b> : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.		
Monture + deux verres simples	90% BR	100% des frais réels - RSS
Monture + deux verres complexes	90% BR	100% des frais réels - RSS
Monture + deux verres très complexes	90% BR	100% des frais réels - RSS
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	100% des frais réels - RSS
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	100% des frais réels - RSS
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	100% des frais réels - RSS
* <b>ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS</b> : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.		
Monture + deux verres simples	90% BR	280 € - RSS
Monture + deux verres complexes	90% BR	600 € - RSS
Monture + deux verres très complexes	90% BR	800 € - RSS
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	440 € - RSS
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	540 € - RSS
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	700 € - RSS
<b>LENTILLES ET OPÉRATION DE L'ŒIL</b>		
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période (8) de deux ans	90% BR	TM + Forfait 300 €
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>AUTRES GARANTIES</b>		
<b>MÉDECINE DOUCE</b> Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance - Forfait limité à 3 séances / an : chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
<b>CURE THERMALE (OU THALASSOTHÉRAPIE)</b> acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (9)	90% BR	Forfait 125 €
<b>NAISSANCE / ADOPTION</b> : Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption (10)	-	Forfait de 20% du PMSS par enfant
<b>AUTRES FRAIS</b>		
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 (11)	RSS	TM
Accès aux services d'assistance (12)	Inter Mutuelles Assistance (IMA)	

- Le taux du Régime Local de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affectation Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO.
- Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.
- Participation forfaitaire appliquée en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation, hors cas d'exonérations et minorations, définis réglementairement notamment par l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- 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.
- La prise en charge de(s) l'aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. Le renouvellement de(s) l'aide(s) auditive(s) ne peut intervenir avant une période de 4 ans. Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de(s) l'aide(s) auditive(s) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le choix d'un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement.
- Les prestations optiques répondent à la 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) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Le choix d'un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros maximum hors «100% santé» et à 30 € maximum le «100% santé».
- Tels que définis réglementairement notamment par les articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Ainsi, par exemple, dans le cadre du 100% Santé les tarifs pratiqués par les professionnels de santé sont encadrés par des Prix Limités de Vente (PLV) / Honoraires Limites de Facturation (HLF) - voire, en dentaire des Tarifs Maîtrisés - ; en dehors du 100% Santé, la prise en charge de l'équipement optique est plafonnée selon la correction.
- Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de la / les première(s) lentille(s). Cette période est distincte et indépendante de la période relative à l'achat de lunettes.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité inscrite au répertoire SIREN sous le n° 776466963 dont le siège social est : 7 rue Léon Patoux, CS 51032 - 51686 REIMS CEDEX 2

et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 Paris

Page 2/2



2022 - TG - CGN SANTE - RL