

**BRANCHE CAISSE D'ÉPARGNE**  
**AVENANT N° 5 A L'ACCORD COLLECTIF NATIONAL**  
**RELATIF AUX FRAIS DE SOINS DE SANTE DU 24/11/2005**  
**DU 18 JUIN 2019**

## Préambule

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 a institué un dispositif prévoyant le remboursement intégral à l'assuré des soins dentaires prothétiques, des frais d'optique et des frais d'audiologie dits « basiques » par la Sécurité sociale et l'assurance complémentaire. Ce dispositif est dénommé « 100% santé ».

Aux termes de l'article 51 B de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, les organisations liées par une convention de branche ou un accord professionnel permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale, doivent engager une négociation afin que la convention ou l'accord soient rendus conformes, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 au dispositif « 100% santé ».

Le présent accord, qui constitue un avenant de révision de l'accord collectif national relatif aux frais de soins de santé du 24 novembre 2005, s'inscrit dans le cadre de cette évolution législative et réglementaire.

Plus globalement, il a pour objet la mise en conformité des dispositions contenues dans l'accord de branche susvisé avec l'évolution de la réglementation en matière de protection sociale. Ainsi, les articles 1.2, 2.1, 3.1; 3.2; 4, 5, l'annexe 1 et l'annexe 2 sont modifiés. L'ancien article 6 est annulé et remplacé par un nouvel article 6.

Afin de faciliter la lecture et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les dispositions du présent texte se substituent intégralement aux dispositions de l'accord relatif aux frais de soins de santé du 24 novembre 2005 en sa version consolidée issue des avenants n°1 du 23 novembre 2007, n°2 du 25 octobre 2011; n°3 du 27 juin 2014 ; n°4 du 6 octobre 2015 ainsi que de leurs annexes.

## Chapitre 1 : Champ d'application et objet de l'accord

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises du réseau mentionnées à l'article L.512-86 du code monétaire et financier ainsi qu'à leurs organismes communs, ci-après dénommés entreprises.

Il a pour objet la mise en place d'un régime frais de soins de santé au bénéfice de l'ensemble des membres du personnel des entreprises de la Branche Caisse d'Épargne, répondant aux conditions fixées à l'article 1 du présent accord.

Cet accord succède au précédent accord à durée déterminée conclu au niveau de la Branche Caisse d'Épargne le 1<sup>er</sup> décembre 2000 qui cesse de produire effet le 31 décembre 2005.

Cet accord se substitue aux usages et mesures unilatérales en vigueur dans les entreprises de la Branche Caisse d'Épargne et ayant le même objet.

EL ALG BA AM PC

## Chapitre 2 : Le régime frais de soins de santé

Le régime mis en place par le présent accord est un régime obligatoire familial, c'est-à-dire qu'il couvre le salarié et ses ayants droits tels que définis ci-après. Il complète les prestations accordées par les régimes obligatoires de la Sécurité sociale.

### Article 1 – Bénéficiaires du régime

#### 1.1 – Participants

Tout salarié ou assimilé des entreprises de la Branche (CDD et CDI) bénéficie du régime sans condition d'ancienneté et acquiert à ce titre la qualité de participant.

Le régime bénéficie également aux mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la Sécurité sociale, après décision de l'organe délibérant des entreprises de leur appliquer ce régime.

#### 1.2 – Ayants droit

La qualité d'ayant droit s'entend :

- Du conjoint, partenaire auquel le participant est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) au sens de l'article 515-1 du Code civil, concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, sous réserve que ni le participant, ni le concubin, ne soient mariés ou liés par un PACS, qu'ils vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent jusqu'à la date de l'évènement ;
- Des enfants du participant ou de son conjoint ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, ou de son concubin, jusqu'au 31 décembre suivant leur 25ème anniversaire et sous réserve de respecter une des conditions suivantes :
  - Être fiscalement à charge du participant, de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS;
  - Recevoir du participant une pension alimentaire en application d'une décision de justice ;
  - Être inscrit au régime de la Sécurité sociale française et être étudiant ou effectuer son service national ;
  - Exercer une activité ou être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de Pôle Emploi, et percevoir des revenus inférieurs au SMIC.
- Des enfants du participant ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, quel que soit leur âge s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles (avec un taux d'invalidité d'au moins 80 %).

#### 1.3 – Caractère obligatoire

L'adhésion des bénéficiaires au régime « frais de soins de santé » est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives et par BPCE, en application de l'article L.512-107 du Code monétaire et financier. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

## Article 2 – Dispenses d’affiliation au régime frais de soins de santé

### 2.1 – Participants

Peuvent être dispensés de participer au régime les membres participants pouvant prétendre au bénéfice des dispenses de droit prévues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 par la réglementation notamment au titre des dispositions des articles D.911-2, D.911-6 et D.911-7 du code de la sécurité sociale.

Peuvent être, à leur demande expresse, dispensés de participer au régime les membres du personnel entrant dans un cas de dispense d’affiliation visés par l’article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale et définis ci-dessous :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire frais de soins de santé dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples) remplissant les conditions mentionnées à l'alinéa 6 de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiaires, à leur date d'embauche, d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale (couverture complémentaire prenant place dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle) sous réserve de produire l'attestation de droits. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.

#### Couples travaillant au sein de la même entreprise

La participation au régime collectif des ayants droit étant obligatoire, dans le cas de conjoints, partenaire de PACS ou concubin travaillant dans la même entreprise, l'un des membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

### 2.2 – Ayants droit

Le régime mis en place par le présent accord, couvre obligatoirement le salarié et ses ayants droit.

A cette fin, les salariés ont l'obligation d'informer la société de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale.

Toutefois, les salariés qui sont en mesure de justifier que leurs ayants droit, tels que définis ci-dessus, bénéficient déjà par ailleurs pour les mêmes risques d'une couverture collective remplissant les conditions mentionnées à l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale, peuvent, dans le cadre de leur adhésion obligatoire, décider de ne pas les couvrir, sous réserve de justifier annuellement et par écrit de la couverture obligatoire dont ils bénéficient.

Il en est de même, conformément aux dispositions de l'article R.242-1-6 du Code de la sécurité sociale si ces ayants droits bénéficient d'une couverture souscrite dans le cadre :

- Des dispositions prévues par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, Bas- Rhin et de la Moselle en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la sécurité sociale ;
- Des dispositions prévues par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électrique et gazières en application du Décret n°46-1451 du 22 juin 1946 ;
- Des dispositions prévues par le Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- Des dispositions prévues par le Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relative à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

### **2.3 – Justificatif de dispense d'affiliation**

Les demandes de dispense d'adhésion du salarié et d'affiliation de ses ayants droit au présent régime sont formulées auprès de la DRH par écrit et accompagnées de toutes pièces justificatives. A défaut de fournir chaque année les justificatifs nécessaires, les participants seront contraints d'être couverts par le présent régime sur la base de leur situation de famille réelle et d'acquitter la cotisation correspondante.

## **Article 3 – Garanties**

### **3.1 - Typologie des garanties et niveau des prestations**

Le régime frais de soins de santé comprend :

- Des garanties et prestations de remboursement de frais de soins de santé et
- L'accès à un réseau de soins.

a) Les garanties et prestations de remboursement des frais de soins de santé

Les garanties et prestations définies par le présent régime de remboursement de frais de soins de santé sont annexées au présent accord (Annexe 1 - colonne « Contrat socle ») pour y être intégrées en tant que dispositions conventionnelles.

La mise en œuvre du régime frais de soins de santé doit être conforme aux dispositions de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et ses textes d'application concernant les contrats santé responsables.

#### Caractère indemnitaire du régime

En application de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, les remboursements complémentaires des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant, après prestations de tout autre organisme.

## b) Le réseau de soins

Le réseau de soins couvre la France entière et donne notamment accès à sept réseaux de soins (opticiens, centres de chirurgie réfractive, chirurgiens dentaires, implantologues dentaires, audioprothésistes, ostéopathes et chiropracteurs, diététiciens), ainsi qu'à des séances de téléconsultations dans plus de 25 spécialités.

Il permet la délivrance de prises en charge tiers payant notamment dans les réseaux d'opticiens, de centres de chirurgie réfractive, de chirurgiens dentaires, d'implantologues dentaires, d'audioprothésistes.

### Action sociale

Par ailleurs, les bénéficiaires du régime bénéficient d'une action sociale lorsqu'ils rencontrent une situation difficile en lien notamment avec :

- la maladie,
- la dépendance,
- le handicap,
- l'accident,
- le décès,
- la perte de ressources liée à l'état de santé,
- des dépenses de santé onéreuses.

La décision d'octroyer une aide au titre de l'action sociale est prise suite à un examen approfondi de la situation individuelle du bénéficiaire en commission sociale de l'organisme assureur.

L'aide peut prendre la forme :

- d'un don, et/ou d'un prêt sur l'honneur émis à titre gratuit.

### **3.2 - Bénéfice des garanties**

Le bénéfice des garanties commence à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel intervient l'embauche du participant et s'achève le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation du contrat de travail.

Par ailleurs, les garanties sont suspendues à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la suspension du contrat de travail du participant, quelle qu'en soit la cause. Cependant, par dérogation, le bénéfice des garanties est maintenu durant les périodes de suspension du contrat de travail dès lors que le salarié bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou du versement, d'indemnités journalières par la Sécurité sociale ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, notamment en cas de maladie, maternité ou accident.

#### Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

Les salariés dont le contrat de travail est rompu (hors faute lourde) et dont la rupture ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage peuvent bénéficier du maintien du présent régime dans les conditions et pour les durées prévues par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties maintenues dans ce cadre sont celles en vigueur dans l'entreprise.

### Maintien des garanties à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés

En application des dispositions de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, le maintien de la couverture du présent régime est proposé par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, et ce, sans condition de durée.

Pour bénéficier de ce maintien de couverture, les intéressés doivent en faire la demande dans les six mois qui suivent, respectivement, la rupture de leur contrat de travail ou la fin du maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage.

Ces anciens salariés bénéficieront alors d'un contrat spécifique et indépendant de celui des salariés.

Les cotisations servant au financement de ce maintien des garanties sont intégralement prises en charge par les anciens salariés et sont définies dans les conditions prévues par l'organisme assureur conformément aux dispositions du Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

### Maintien des garanties pour les ayants droit

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, les ayants droit d'un salarié décédé continuent à bénéficier des garanties du présent régime pendant au moins 12 mois, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois qui suivent le décès du salarié.

## **Article 4 – Cotisations**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, la cotisation mensuelle frais de soins de santé est exprimée en euros. Chaque année, son montant est indexé sur l'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Les cotisations varient en fonction de la composition familiale :

- une personne,
- deux personnes,
- trois personnes et plus.

Le montant des cotisations défini par le présent régime de remboursement de frais de soins de santé est annexé à titre d'information au présent accord.

La participation de l'employeur est de 52% de la cotisation.

Les salariés doivent obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Par exception :

- Depuis le 1er juin 2014, les participants couverts au titre du maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage (cf. article 3-2 ci-dessus), bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture.
- Le bénéfice du maintien des garanties pour les ayants droit d'un salarié qui viendrait à décéder à compter du 1er janvier 2016 est accordé à titre gratuit pendant 12 mois (cf. article 3-2 ci-dessus).

### **Article 5 - Evolution de la cotisation**

En cas de changement de législation fiscale ou sociale conduisant à la modification des taxes ou contributions en vigueur ou à l'établissement de nouvelles taxes ou contributions dues sur les cotisations définies au présent accord et collectées par l'organisme assureur, ces dernières seront automatiquement ajustées. Les parties signataires seront informées de ces évolutions réglementaires.

En cas d'augmentation des cotisations due notamment à un mauvais rapport sinistres/primes, l'obligation des entreprises sera limitée au paiement de la cotisation définie ci-dessus.

### **Article 6 - Clause de suivi**

Les parties signataires conviennent de se revoir en cas de modifications légales, réglementaires ou interprofessionnelles des règles impactant significativement les termes du présent avenant.

En outre, les parties signataires pourront se réunir pour examiner et résoudre les éventuelles difficultés concernant ses modalités d'application.

### **Article 7 - Durée et date d'entrée en vigueur**

Le présent accord, qui vaut avenant, est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **Article 8 - Révision et dénonciation**

Le présent accord, qui vaut avenant, peut faire l'objet d'une demande de révision conformément aux dispositions légales en vigueur.

Jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel il a été conclu, le présent accord peut faire l'objet d'une procédure de révision engagée par une ou plusieurs parties signataires ou adhérentes.

A l'issue du cycle électoral au cours duquel il a été conclu, le présent accord peut faire l'objet d'une procédure de révision engagée par une ou plusieurs Organisations syndicales représentatives dans le champ d'application de l'accord, qu'elles en soient signataires ou non, adhérentes ou non, ou par BPCE.

Toute demande de révision doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par courrier électronique aux parties habilitées à participer aux négociations de l'avenant de révision. Cette lettre doit indiquer les points concernés par la demande de révision. Les négociations concernant cette demande devront s'ouvrir au plus tard, dans un délai de deux mois, à compter de la réception de la demande de révision.

L'une ou l'autre des parties signataires peut dénoncer le présent accord, qui vaut avenant, dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur, sous réserve de respecter un délai de préavis de 3 mois. La dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à chacune des parties signataires.

### **Article 9 - Dépôt et publicité**

# ANNEXE 1- Descriptif de garanties

## Contrat Groupe National

### Régime Général de la Sécurité sociale

Les occasions et les prestations sont révisées chaque année.

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

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursement BPCE Mutuelle dans le limite de <sup>(1)</sup>	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle)
<b>HOSPITALISATION</b>			
HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)
FRAIS DE SEJOUR	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)
CHAMBRE PARTICULIERE (y compris l'hospitalisation ambulatoire et la nuitée). Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire	-	50 € / jour	50 € / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	-	100% des frais réels	100% des frais réels
FRAIS D'ACCOMPAGNANT <sup>(2)</sup>	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120€	-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>			
Consultations et visites généralistes <sup>(3)</sup>	70% BR	TM + 100% BR (TM + 80% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)	200% BR (180% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)
Consultations et visites spécialistes et neurologues <sup>(4)</sup>	70% BR	TM + 200% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)
Actes de spécialité et radiologie <sup>(5)</sup>	70% BR	TM + 200% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTALHO/PTALHO/CO)
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120€	-	100% des frais réels	100% des frais réels
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX (infirmière, kinésithérapeute, orthophonistes...)	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
TRANSPORT	65% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>MEDICAMENTS</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>MATERIEL MEDICAL (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
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(6)</sup></b>			
Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.			
EQUIPEMENT "100% SANTE" <sup>(7)</sup> (à compter du 01/01/2021)	60% BR	100% FR	100% FR
<b>EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" <sup>(8)</sup></b>			
<sup>(8)</sup> Le coût en charge de l'équipement est dans tous les cas, limité à 1700€ (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) par oreille et par bénéficiaire.			
<b>Bénéficiaire de moins de 25 ans</b>			
Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Preuves médicales (Orléans en euros, par bénéficiaire et par année civile)			
	60% BR	1700€ - R55 par oreille	1700€ par oreille
A compter du 1er Janvier 2021* Preuves médicales (Orléans en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)			
	60% BR	1700€ - R55 par oreille	1700€ par oreille
<b>Bénéficiaire de plus de 25 ans</b>			
Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Preuves médicales (Orléans en euros, par bénéficiaire et par année civile)			
	60% BR	TM + Forfait 600€ par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille
A compter du 1er Janvier 2021* Preuves médicales (Orléans en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)			
	60% BR	TM + Forfait 600€ par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille
CONDOMINIUMS, PILES ET ACCESSOIRES	60% BR	TM	100% BR
<b>DENTAIRE</b>			
<b>SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" <sup>(9)</sup></b>			
	70% BR	100% FR	100% FR
<b>SOINS HORS "100% SANTE" <sup>(9)</sup></b>			
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris l'implant, onlay)	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
Implant accepté par la Sécurité sociale	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>PROTHESES HORS "100% SANTE" <sup>(9)</sup></b>			
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par le bridge	70% BR	TM + 1170 € / bridge	100% BR + 1170 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire	70% BR	TM + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	70% BR	TM + 350% BR	450% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE 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
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-	250 € / an	250 € / an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	350% BR

Alb BA PC  
GC CH

OPTIQUE <sup>(5)</sup>			
EQUIPEMENT "100% SANTE" <sup>(6)</sup>			
* Equipement Bénéficiaire de moins de 16 ans : La prise en charge de l'équipement optique est limitée 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 zone de prestation, les droits relatifs à un an à l'acquisition de la monture est limitée à 100 euros.	60% BR	100% FR - RSS	100% FR
* Equipement Bénéficiaire de plus de 16 ans : La prise en charge de l'équipement optique est limitée 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 zone de prestation, les droits relatifs à un an à l'acquisition de la monture est limitée à 100 euros.	60% BR	100% FR - RSS	100% FR
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" <sup>(6)</sup>			
* Equipement Bénéficiaire de moins de 16 ans : La prise en charge de l'équipement optique est limitée 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 zone de prestation, les droits relatifs à un an à l'acquisition de la monture est limitée à 100 euros.			
Monture et deux verres simples	60% BR	420 € - RSS	420 €
Monture et deux verres complexes	60% BR	700€ - RSS	700 €
Monture et deux verres très complexes	60% BR	800€ - RSS	800 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	560 € - RSS	560 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	610€ - RSS	610 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	750€ - RSS	750 €
* Equipement Bénéficiaire de plus de 16 ans : La prise en charge de l'équipement optique est limitée 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 zone de prestation, les droits relatifs à un an à l'acquisition de la monture est limitée à 100 euros.			
Monture et deux verres simples	60% BR	280€ - RSS	280€
Monture et deux verres complexes	60% BR	600€ - RSS	600 €
Monture et 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 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période <sup>(7)</sup> 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
<b>AUTRES GARANTIES</b>			
MEDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, psychomotricien, pédicure
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile <sup>(8)</sup>	65% BR	Forfait 125 €	65% BR + Forfait 125 €
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption <sup>(9)</sup>	-	Forfait de 20% du PMSS par enfant	Forfait de 20% du PMSS par enfant
AUTRES FRAIS Frais de santé donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, dont la prise en charge par la mutuelle n'est pas prévue dans les garanties figurant ci-dessus <sup>(10)</sup>	RSS	TM	100% BR
Accès aux services d'assistance <sup>(11)</sup>	Inter Mutuelles Assistance (IMA)		

(1) Le taux du Régime Général 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.

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

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

(4) La prise en charge de(s) aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. A compter du 1er janvier 2021 le renouvellement de(s) 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) aide(s) auditive(s) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale et s'étend 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. En ce qui concerne les aides auditives des bénéficiaires de plus de 20 ans, la base de remboursement de la Sécurité sociale est progressivement revalorisée pour atteindre 400€ en 2021 (contre 300€ en 2019), à l'inverse les prix limites de ventes (applicables à l'équipement 100% santé) sont progressivement diminués pour atteindre 950€ en 2021 (contre 1300€ en 2019).

(5) 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.

(6) 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

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

(8) Soins réalisés pendant la cure (trais 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.

(9) 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.

(10) 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.

(11) Voir notice Assistance IMA

La présente grille est conforme aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'art. L871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention.

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

# Contrat Groupe National

## Régime Local de la Sécurité sociale

Les cotisations et les prestations sont révisées chaque année.  
Les cotisations précèdent la mise en charge du bénéficiaire (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 de celui par l'adhérent (Sécurité sociale + remboursement BPCE Mutuelle) ne peut pas excéder la dépense en santé.

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de (1)	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
<b>HOSPITALISATION</b>			
HONORAIRES MEDICAUX CHIRURGICAUX (consultations et actes)	100% BR	TM+ 100% BR (TM+ 100% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)
FRAIS DE SEJOUR	100% BR	TM+ 100% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (HOSPITALISATION)	100% BR	TM+ 100% BR (TM+ 100% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)
CHAMBRE PARTICULIERE (y compris hospitalisation ambulatoire et maternité) Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire	-	50 € / jour	50 € / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels	-	100% des frais réels
FRAIS D'ACCOMPAGNANT (2)	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120€	-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>			
Consultations et visites généralistes (4)	90% BR	TM+ 100% BR (TM+ 80% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)	200% BR (180% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)
Consultations et visites spécialités et neuro-psychiatries (4)	90% BR	TM+ 200% BR (TM+ 100% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)
Actes de spécialité et de diagnostic (4)	90% BR	TM+ 200% BR (TM+ 100% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAMOPTAMCO)
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120€	100% des frais réels	-	100% des frais réels
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	90% BR	TM+ 100% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX (Infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	90% BR	TM+ 100% BR	200% BR
TRANSPORT	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>MATERIEL MEDICAL (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
<b>AIDES AUDITIVES (5)</b>			
Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.			
<b>EQUIPEMENT "100% SANTE" (6) (à compter du 01/01/2021)</b>			
	90% BR	100% FR	100% FR
<b>EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" (6)</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 28 ans</b>			
Du 1er Janvier 2020 au 31 décembre 2020 Remises auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)			
	90% BR	1 700€ - R.S.S par oreille	1 700€ par oreille
A compter du 1er Janvier 2021* Remises auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)			
	90% BR	1 700€ - R.S.S par oreille	1 700€ par oreille
<b>Bénéficiaire de plus de 28 ans</b>			
Du 1er Janvier 2020 au 31 décembre 2020 : Remises auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)			
	90% BR	TM+ Forfait 600€ par oreille	100% BR + Forfait 600€ par oreille
A compter du 1er Janvier 2021* Remises auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)			
	90% BR	TM+ Forfait 600€ par oreille	100% BR + Forfait 600€ par oreille
CONSUMABLES, PIÈCES ET ACCESSOIRES	60% BR	TM	100% BR
<b>DENTAIRE</b>			
<b>SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" (7)</b>			
	90% BR	100% FR	100% FR
<b>SOINS HORS "100% SANTE" (7)</b>			
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris Inlay, onlay)	90% BR	TM+ 200% BR	300% BR
Inlay coxe accepté par la Sécurité sociale	90% BR	TM+ 100% BR	200% BR
<b>PROTHESES HORS "100% SANTE" (7)</b>			
Bridges 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge			
Forfait de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par le 4 <sup>ème</sup> bridge sur un maxillaire	90% BR	TM+ 1 170€ / bridge	100% BR + 1 170€ / bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	90% BR	TM+ 480€ / Inter de bridge	100% BR + 480€ / Inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	90% BR	TM+ 350% BR	450% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale. Forfait par implant et par bénéficiaire	-	600€ dont 500€ pour l'implant adhérent et 100€ pour le pilier implantaire Forfait de 5% de l'implant pour un	600€ dont 500€ pour l'implant racheté et 100€ pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale (forfait à mutuel par bénéficiaire)	-	250€ / an	250€ / an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	350% BR

OPTIQUE (6)			
<b>EQUIPEMENT "100% SANTE" (8)</b>			
* Equipement 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 prestations de la Sécurité sociale. Cette période peut être raccourcie en cas de déviation de la vue conduisant à une nouvelle prescription optométrique. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.	90% BR	100% FR - RSS	100% FR
* Equipement 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 prestations 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.	90% BR	100% FR - RSS	100% FR
<b>EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" (8)</b>			
* Equipement 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 prestations de la Sécurité sociale. Cette période peut être raccourcie en cas de déviation de la vue conduisant à une nouvelle prescription optométrique. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.			
Monture et deux verres simples	90% BR	420€ - RSS	420 €
Monture et deux verres complexes	90% BR	700€ - RSS	700 €
Monture et deux verres très complexes	90% BR	800€ - RSS	800 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	560 € - RSS	560 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	610€ - RSS	610 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	750€ - RSS	750 €
* Equipement 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 prestations 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 et deux verres simples	90% BR	280€ - RSS	280€
Monture et deux verres complexes	90% BR	600€ - RSS	600 €
Monture et deux verres très complexes	90% BR	800€ - RSS	800 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	440€ - RSS	440 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	540€ - RSS	540 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	700€ - RSS	700 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est à tout bénéficiaire et par période (9) de deux ans.	90% BR	TM + Forfait 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait 300 €
Operation de contact - Forfait annuel par oeil et par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par oeil pour myopie, astigmatisme, hypermétropie	Forfait de 500 € par oeil pour myopie, astigmatisme, hypermétropie
<b>AUTRES GARANTIES</b>			
MEDECINE DOUCE Forfait de séances paramédicales CMB et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an orthopédiste / oculiste opticien, orthoptiste, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an orthopédiste, acupuncteur, ostéopathe, orthoptiste, diététicien, psychomotricien, pédicure
CURE THERIALE (OU THALASSOTHERAPE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (10)	90% BR	Forfait 125 €	90% BR + Forfait 125 €
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption (10)	-	Forfait de 20% du PVSS par enfant	Forfait de 20% du PVSS par enfant
AUTRES FRAIS Frais de santé donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, dont la prise en charge par la mutuelle n'est pas prévue dans les garanties figurant ci-dessus (10)	RSS	TM	100% BR
Accès aux services d'assistance (11)			Inter Mutuelles Assistance (IMA)

(6) 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 traitant est affilié à l'OPTAM OPTAL-00.

(7) Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assurance : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.

(8) Si parcours de soins coordonnés : Les différents mesures sociales de non-répétition de parcours de soins coordonnés sont définies par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

(9) La prise en charge (œil) (faibles) (aiguës) répond à la réglementation des contrats responsables. A compter du 1er janvier 2021, le renouvellement des (faibles) (aiguës) ne peut intervenir avant une période de 4 ans. Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition des (faibles) (aiguës) figurant sur le relevé de prestations de la Sécurité sociale et s'écoule pour chaque oeil 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. En ce qui concerne les aides à l'acquisition des bénéficiaires de plus de 20 ans, la base de remboursement de la Sécurité sociale est progressivement revalorisée pour atteindre 400€ en 2021 (contre 300€ en 2019), à l'inverse les prix limites de verres (applicables à l'équipement 100% Santé) sont progressivement diminués pour atteindre 950€ en 2021 (contre 1000€ en 2019).

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

(11) Voir notice Assistance IMA.

La présente grille est conforme aux dispositions de l'article du 8 juin 2006 de la loi sur l'application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention.

ANNEXE 2 – Montant des cotisations

A titre indicatif, cotisations mensuelles

<b>TARIFICATION</b>	<b>MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE 2019 EN EUROS</b>		
	<b>REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE</b>	<b>REGIME LOCAL DE SECURITE SOCIALE (BAS-RHIN, HAUT-RHIN ET MOSELLE)</b>	
		<b>Mixte</b>	<b>Local</b>
1 personne	<b>67,57</b>	-	<b>40,36</b>
2 personnes	<b>119,85</b>	<b>99,45</b>	<b>71,80</b>
3 personnes et +	<b>170,91</b>	<b>117,32</b>	<b>102,09</b>

Fait à Paris, le 18 juin 2019

Signé par BPCE, CFDT, SNP FO, SNE CGC et SU UNSA