

Branche Caisse d'Épargne

Avenant n°10 à l'Accord collectif national relatif aux frais de soins de santé du 24/11/2005

PREAMBULE

Par avenant n°9 du 11 décembre 2024, les partenaires sociaux de la Branche Caisse d'Épargne ont adapté le régime conventionnel de frais de soins de santé pour notamment prendre en compte l'évolution tarifaire nécessaire afin d'assurer l'équilibre technique du régime santé.

La loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026, en son article 13 :

- institue une contribution de 2,05 % à la charge des organismes assureurs, assise sur l'ensemble des cotisations stipulées à leur profit ;
- prévoit que pour l'année 2026, le montant des cotisations d'assurance maladie complémentaire « ne peut être augmenté par rapport à celui applicable pour l'année 2025 ».

En application de ces dispositions, les partenaires sociaux ont décidé de ne procéder à aucune révision tarifaire pour l'année 2026 et de prévoir le maintien de la cotisation appliquée en décembre 2025 pour l'année 2026.

Compte tenu de l'actualité entourant l'entrée en vigueur de l'article 13 de la LFSS et des divergences d'interprétation exprimées par différents acteurs, les partenaires sociaux ont décidé de se réunir, à intervalles réguliers courant 2026, afin de faire le point sur les évolutions légales, réglementaires, jurisprudentielles et opérationnelles afférentes à ces dispositions afin, le cas échéant, d'adapter les stipulations du présent accord.

Par ailleurs, à la suite de demandes formulées par certains participants de prise en charge - au titre du présent régime - d'enfants dont ils viennent à assumer la charge, il s'est avéré nécessaire de faire évoluer la définition des enfants bénéficiaires du régime complémentaire 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 en sa version consolidée issue de l'avenant n°5 du 18 juin 2019, modifié par avenant n°6 du 6 janvier 2022, avenant n°7 du 16 février 2023, avenant n°8 du 19 décembre 2023 et avenant n°9 du 11 décembre 2024 a pour objet de formaliser ces évolutions à effet du 1^{er} janvier 2026 conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale ;

Les autres termes de l'accord collectif relatif aux frais de soins de santé du 24 novembre 2005 en sa version consolidée issue de l'avenant n°5 du 18 juin 2019 modifié par l'avenant n°6 du 6 janvier 2022, l'avenant n°7 du 16 février 2023, l'avenant n°8 du 19 décembre 2023 et de l'avenant n°9 du 11 décembre 2024 demeurent inchangés.

Dans un souci de clarté et de meilleures lisibilité et compréhension de l'Accord collectif national relatif aux frais de soins de santé, les parties décident de consolider l'intégralité des évolutions rappelées ci-dessus ainsi que celles du présent avenant dans une version technique consolidée annexée au présent avenant.

Paraphe
BL

Paraphe
PC

DS
EM

Paraphe
MB

ARTICLE 1**REVISION DES DISPOSITIONS DE L'ACCORD DU 24/11/2005 EN SA VERSION CONSOLIDEE ISSUE DE L'AVENANT N° 5**

ARTICLE 1.1**MODIFICATION DE L'ARTICLE 1.2 DU CHAPITRE 2 INTITULE « AYANTS DROIT »****L'article 1.2 est annulé et remplacé comme suit :**

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 25^{ème} 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 France Travail, 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 mobilité inclusion mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles (avec un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ou classement en 3ème catégorie d'invalidité de l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale).*
- *De tout autre enfant recueilli, majeur ou mineur, jusqu'au 31 décembre suivant son 25^{ème} anniversaire, sous réserve de respecter l'une des conditions alternatives suivantes :*
 - *Être fiscalement à la charge du Membre participant, ou de son conjoint ou de son partenaire pacsé ou de son concubin,*
 - *Vivre sous le même toit que le Membre participant du fait d'une décision de justice, d'un officier d'état civil, ou d'une attestation de prise en charge d'enfant signée en mairie ou chez un notaire.*

- *Des petits-enfants du participant ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, jusqu'au 31 décembre suivant leur 25^{ème} 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 ;*
 - *Vivre sous le même toit que le participant du fait d'une décision de justice.*

ARTICLE 1.2

MODIFICATION DE L'ARTICLE 4 DU CHAPITRE 2 INTITULÉ « COTISATIONS »

L'article 4 est annulé et remplacé comme suit :

« 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).

Cette règle structurelle de fixation de la cotisation n'est pas exclusive de la prise en compte certaines années de facteurs conjoncturels susceptibles de faire évoluer différemment la cotisation.

Ainsi, en l'absence totale ou insuffisante d'augmentation du PMSS, et inversement en cas de forte revalorisation du PMSS, ou en cas d'évolution du coût du risque et/ou de dégradation du ratio sinistres à primes impactant les résultats du régime, une évolution des cotisations pourra être décidée indépendamment des dispositions fixées au 1er alinéa par les partenaires sociaux de la Branche et en concertation avec l'organisme assureur avec pour seul objectif de maintenir l'équilibre technique du régime. Un avenant au présent accord sera conclu afin de formaliser cette évolution.

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. L'annexe au présent avenant annule et remplace celle de l'avenant n°9 à l'accord collectif du 24 novembre 2005.

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

Les cotisations employeur, exprimées en euros, sont arrondies à la deuxième décimale supérieure ; le complément étant à la charge du salarié.

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 du chapitre 2 de l'avenant n° 5 à l'accord collectif du 24/11/2005), 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 susvisé).

Par exception, en application de l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, l'indexation de la cotisation sur l'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ne sera pas appliquée pour l'année 2026.

A cet effet, par dérogation à ce qui précède, si l'évolution du contexte légal, réglementaire, jurisprudentiel ou opérationnel afférent à l'application de l'article 13 précité fait apparaître la possibilité de revaloriser les cotisations pour l'année 2026, celles-ci seront révisées par les partenaires sociaux de la Branche, en concertation avec l'organisme assureur, avec pour seul objectif de maintenir l'équilibre technique du régime. Un avenant au présent accord sera conclu afin de formaliser cette évolution. »

ARTICLE 2

MODIFICATION DE L'ARTICLE 5 DU CHAPITRE 2 INTITULE « EVOLUTION DE LA COTISATION »

L'article 5 est annulé et remplacé comme suit :

« 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.

Par exception, en application de l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, la nouvelle contribution de 2,05 % à la charge des organismes assureurs, assise sur l'ensemble des cotisations stipulées à leur profit et instituée par cette loi ne donne lieu à aucun ajustement des cotisations définies au présent accord pour l'année 2026. »

ARTICLE 3

MODIFICATION DE L'ARTICLE 6 DU CHAPITRE 2 INTITULE « CLAUSE DE SUIVI »

L'article 6 est annulé et remplacé comme suit :

« 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.

En particulier, les parties conviennent de se réunir une ou plusieurs fois au cours de l'année 2026, afin d'examiner les incidences éventuelles de l'évolution du contexte légal, réglementaire, jurisprudentiel ou opérationnel afférent à l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 et l'impact de l'application de cet article sur l'équilibre technique du régime. »

ARTICLE 4

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 4.1.

CHAMP D'APPLICATION – DUREE – REVISION – DENONCIATION

Le présent accord, qui vaut avenant, s'applique à l'ensemble des entreprises remplissant les conditions du Chapitre 1 de l'avenant n° 5 à l'accord collectif du 24/11/2005 modifié par l'avenant n°6, l'avenant n°7, l'avenant n°8 et l'avenant n°9.

Il est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1er janvier 2026.

Toute demande de révision doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à BPCE ou aux organisations syndicales habilitées selon les conditions légales en vigueur.

Dans un délai maximum de trois mois à compter de la demande de révision, BPCE et les organisations syndicales habilitées devront se rencontrer pour examiner cette demande. Le présent avenant peut être dénoncé dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

ARTICLE 4.2.

DEPOT ET PUBLICITE

Conformément aux dispositions prévues aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D. 2231-3 du Code du travail, le présent accord, qui vaut avenant, sera déposé par BPCE en double exemplaire, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès des services centraux du Ministre chargé du travail.

Un exemplaire de ce texte sera également remis par BPCE au secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes de Paris.

Fait à Paris, le 13/03/2026

Pour BPCE,

Signé par :
Béatrice LAFAURIE
CF56701613594B4...

Pour la CFDT,

DocuSigned by:
Géraldine Montanuy
2A4AFDF9169A47F...

Pour le SNE-CGC,

Signé par :
Martin BLUER
158594410127434...

Pour Sud-Solidaires BPCE

Pour le UNSA Caisse d'épargne,

Signé par :
Philippe Casseau
256522D3AB44414...

Paraphe
BL

Paraphe
PC

DS
GM

Paraphe
MB

ANNEXE 1 – Montant des cotisations

A titre indicatif, cotisations mensuelles

Cotisations à compter du 1^{er} janvier 2026

TARIFICATION Composition Familiale	MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE EN EUROS		
	REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE	REGIME LOCAL DE SECURITE SOCIALE (ALSACE-MOSELLE)	
		Mixte	Local
1 personne	81,30 €	-	48,55 €
2 personnes	144,18 €	119,62 €	86,37 €
3 personnes et +	205,60 €	141,13 €	122,81 €

Paraphe
BlParaphe
PCDS
EMParaphe
MB

ANNEXE 2- VERSION TECHNIQUE CONSOLIDEE

Accord collectif national relatif aux frais de soins de santé du 24 novembre 2005 en sa version consolidée issue de l'avenant n°5 du 18 juin 2019,

intégrant les dispositions de

l'Avenant n°6 du 6 janvier 2022,

l'Avenant n°7 du 16 février 2023,

l'Avenant n°8 du 19 décembre 2023

l'Avenant n°9 du 11 décembre 2024 et de

l'Avenant n°10 du 13 mars 2026

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'Epargne, 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'Epargne le 1er 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'Epargne et ayant le même objet.

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 ou 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 France Travail, 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 mobilité inclusion mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles (avec un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ou classement en 3ème catégorie d'invalidité de l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale).
- De tout autre enfant recueilli, majeur ou mineur, jusqu'au 31 décembre suivant son 25ème anniversaire, sous réserve de respecter l'une des conditions alternatives suivantes :
 - Être fiscalement à la charge du Membre participant, ou de son conjoint ou de son partenaire pacsé ou de son concubin,
 - Vivre sous le même toit que le Membre participant du fait d'une décision de justice, d'un officier d'état civil, ou d'une attestation de prise en charge d'enfant signée en mairie ou chez un notaire.
- Des petits-enfants du participant ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, 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 ;
 - Vivre sous le même toit que le participant du fait d'une décision de justice.

Paraphe
BL

Paraphe
PC

DS
EM

Paraphe
MB

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 du personnel pouvant prétendre au bénéfice des dispenses de droit prévues par la réglementation notamment au titre des dispositions des articles D.911-2, D.911-5, D.911-6 et D.911-7 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, peuvent être, à leur demande expresse, dispensés de participer au régime les membres du personnel entrant dans un des 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 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 ;

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 ayants droit bénéficiant de l'un des dispositifs énumérés à titre informatif ci-après peuvent à tout moment demander dans les conditions de l'article D.911-3 du code de la sécurité sociale une dispense d'affiliation de droit :

- couverture collective obligatoire
- régime local d'Alsace-Moselle
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- mutuelles des fonctionnaires (décrets des 19 septembre 2007 et 8 novembre 2011)
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin »

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) 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^{er} 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.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Par ailleurs, les garanties sont suspendues à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la suspension du contrat de travail du participant, quelle qu'en soit la cause. Cependant, l'affiliation des salariés et le cas échéant, de leurs ayants droit, est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien, total ou partiel, de salaire (quelle qu'en soit la dénomination), d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Dans ces hypothèses, l'entreprise verse une contribution calculée selon les règles prévues pour les salariés dont le contrat de travail n'est pas suspendu, pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Dans l'hypothèse où l'indemnisation précitée ne serait pas versée par l'intermédiaire de l'employeur, les modalités de règlement par le salarié de sa quote-part de cotisation sont définies dans la notice d'information.

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

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).

Cette règle structurelle de fixation de la cotisation n'est pas exclusive de la prise en compte certaines années de facteurs conjoncturels susceptibles de faire évoluer différemment la cotisation.

Ainsi, en l'absence totale ou insuffisante d'augmentation du PMSS, et inversement en cas de forte revalorisation du PMSS, ou en cas d'évolution du coût du risque et/ou de dégradation du ratio sinistres à primes impactant les résultats du régime, une évolution des cotisations pourra être décidée indépendamment des dispositions fixées au 1er alinéa par les partenaires sociaux de la Branche et en concertation avec l'organisme assureur avec pour seul objectif de maintenir l'équilibre technique du régime. Un avenant au présent accord sera conclu afin de formaliser cette évolution.

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 cotisations employeur, exprimées en euros, sont arrondies à la deuxième décimale supérieure ; le complément étant à la charge du salarié.

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).

Par exception, en application de l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, l'indexation de la cotisation sur

l'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ne sera pas appliquée pour l'année 2026.

A cet effet, par dérogation à ce qui précède, si l'évolution du contexte légal, réglementaire, jurisprudentiel ou opérationnel afférent à l'application de l'article 13 précité fait apparaître la possibilité de revaloriser les cotisations pour l'année 2026, celles-ci seront révisées par les partenaires sociaux de la Branche, en concertation avec l'organisme assureur, avec pour seul objectif de maintenir l'équilibre technique du régime. Un avenant au présent accord sera conclu afin de formaliser cette évolution.

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.

Par exception, en application de l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, la nouvelle contribution de 2,05 % à la charge des organismes assureurs, assise sur l'ensemble des cotisations stipulées à leur profit et instituée par cette loi ne donne lieu à aucun ajustement des cotisations définies au présent accord pour l'année 2026.

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.

En particulier, les parties conviennent de se réunir une ou plusieurs fois au cours de l'année 2026, afin d'examiner les incidences éventuelles de l'évolution du contexte légal, réglementaire, jurisprudentiel ou opérationnel afférent à l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 et l'impact de l'application de cet article sur l'équilibre technique du régime.

VERSION TECHNIQUE CONSOLIDÉE - ANNEXE 1 – Descriptif de garanties

CONTRAT GROUPE NATIONAL - 2026



HOSPITALISATION

		Sécurité sociale ¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
FRAIS DE SEJOUR		80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
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
FORFAIT PATIENT URGENCES (PPU) ³⁾		-	100% des frais réels	100% des frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120 €		-	100% des frais réels	100% des frais réels



SOINS COURANTS

		Sécurité sociale ¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
HONORAIRES MEDICAUX				
Consultations et visites généralistes ⁴⁾	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 80% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres ⁵⁾	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes de spécialité et radiologie ⁶⁾	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR

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 le participant (prestation Sécurité sociale + remboursement BPCE Mutuelle) ne peut pas excéder la dépense engagée.



SOINS COURANTS

	Sécurité sociale ¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
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, orthophoniste...)	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
TRANSPORT	65% BR	TM + 100% BR	200% BR
MEDICAMENTS			
Pharmacie à 65%	65% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 30%	30% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15%	15% BR	TM	100% BR
MATERIEL MEDICAL (hors aides auditives et équipement optique)			
Petit appareillage	60% BR	TM + 100% BR	260% BR
Grand appareillage	100% BR	TM + 200% BR	300% BR



AIDES AUDITIVES ⁷⁾

	Sécurité sociale ¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.			
EQUIPEMENT "100% SANTE" ⁸⁾	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" ⁹⁾ *Le prix en charge de l'équipement est dans tous les cas, limité à 1 700 € (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) par oreille et par bénéficiaire			
Bénéficiaire de moins de 20 ans			
Prothèses auditives Forfait par bénéficiaire tous les 4 ans	60% BR	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
Bénéficiaire de plus de 20 ans			
Prothèses auditives Forfait par bénéficiaire tous les 4 ans	60% BR	TM + Forfait de 600 € par oreille	100% BR + Forfait de 600 € par oreille
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES acceptés par la Sécurité sociale	RSS	TM	100% BR



DENTAIRE

	Sécurité sociale ⁽¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" ⁽²⁾			
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" ⁽²⁾	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
SOINS HORS "100% SANTE" ⁽²⁾			
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris Inlay, onlay)	60% BR	TM + 200% BR	300% BR
Inlay core accepté par la Sécurité sociale	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
PROTHESES HORS "100% SANTE" ⁽²⁾			
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale Forfait par bridge	60% 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	60% BR	TM + 450 € / inter de bridge	100% BR + 450 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	Honoraires maîtrisés ⁽³⁾	60% BR	TM + 350% BR
	Tarifs libres	60% BR	TM + 350% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale Forfait annuel par implant et par bénéficiaire	-	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants / an	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants / an
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale Forfait annuel par bénéficiaire	-	250 €	250 €
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	350% BR

Contrat Groupe National - 2026 - RG



OPTIQUE ⁽⁴⁾

	Sécurité sociale ⁽¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
EQUIPEMENT "100% SANTE" ⁽⁵⁾			
* 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 dernière facturation 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 optométrique. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.			
	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
* 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 dernière facturation figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut 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
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" ⁽⁶⁾			
* 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 dernière facturation 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 optométrique. 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

2

Paraphe
BL

Paraphe
PC

DS
GM

Paraphe
MB



Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
--	--	---

OPTIQUE (1)

* 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 dernière facturation 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	200 € - 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 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Forfait par bénéficiaire et par période de deux ans (2)	60% BR	TM + Forfait 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait 300 €
Opération de foie Forfait annuel par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatisme, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatisme, hypermétropie

AUTRES GARANTIES

MEDECINE DOUCE Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (3)	65% BR	Forfait 125 €	65% BR + Forfait 125 €
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption (4)	-	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 (5)	RSS	TM	100% BR
Accès aux services d'assistance (6)		Inter Mutuelles Assistance (IMA)	

- (1) Le taux du Régime Général de Sécurité sociale peut varier lorsque le bénéficiaire 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-ACO.
- (2) Hospitalisation d'un enfant, ayant droit du participant : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnement.
- (3) 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. 162-13 du Code de la Sécurité sociale.
- (4) Si parcours de soins coordonné - 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.
- (5) La prise en charge de(x) aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. Le renouvellement de(x) 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(x) 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.
- (6) Les prestations optiques (100% Santé, Hors 100% Santé) 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 dernière facturation 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 euros maximum dans le "100% Santé".
- (7) 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 Limite 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.
- (8) 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.
- (9) 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 « Transport »), ni l'hébergement et ni les frais annexes et non médicaux.
- (10) 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.
- (11) 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.
- (12) 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-ACO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Anesthésistes, Chirurgiens et Obstétriciens

SANTÉCLAIR

Avec Santéclair, vous accédez à une gamme complète de services de qualité (optique, dentaire, audiprothèse) à tarifs préférentiels

GROUPE IMA

Découvrez le service d'Inra santé ainsi que les 12 fiches pratiques résumant les prestations d'assistance directement depuis votre espace personnel sur bpcemutuelle.fr

CONTRAT GROUPE NATIONAL - 2026



HOSPITALISATION		Sécurité sociale (1) (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
FRAIS DE SEJOUR		100% BR	TM + 100% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
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
FORFAIT PATIENT URGENCES (FPU) (3)			100% des frais réels	100% des frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120 €		100% des frais réels	-	100% des frais réels

SOINS COURANTS		Sécurité sociale (1) (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
HONORAIRES MEDICAUX				
Consultations et visites généralistes (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 80% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes de spécialité et radiologie (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR

RÉGIME LOCAL 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 le participant (prestation Sécurité sociale + remboursement BPCE Mutuelle) ne peut pas excéder la dépense engagée.

SOINS COURANTS			
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 (Infirmière, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
TRANSPORT	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
MEDICAMENTS			
Pharmacie à 90%	90% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 80%	80% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15%	15% BR	TM	100% BR
MATERIEL MEDICAL (hors aides auditives et équipement optique)			
Petit appareillage	90% 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.			
EQUIPEMENT "100% SANTE" (6)	90% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
* 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			
Bénéficiaire de moins de 20 ans			
Prothèses auditives Forfait par bénéficiaire tous les 4 ans	90% BR	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
Bénéficiaire de plus de 20 ans			
Prothèses auditives Forfait par bénéficiaire tous les 4 ans	90% BR	TM + Forfait de 600 € par oreille	100% BR + Forfait de 600 € par oreille
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES acceptés par la Sécurité sociale	RSS	TM	100% BR



DENTAIRE

	Sécurité sociale ⁽¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" ⁽²⁾			
	90% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
SOINS HORS "100% SANTE" ⁽²⁾			
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
PROTHESES HORS "100% SANTE" ⁽²⁾			
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 ⁽³⁾	90% BR	TM + 350% BR
	Tarifs libres	90% BR	TM + 350% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale Forfait annuel par implant et par bénéficiaire	-	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants / an	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants / an
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale Forfait annuel par bénéficiaire	-	250 €	250 €
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	350% BR



OPTIQUE ⁽⁴⁾

	Sécurité sociale ⁽¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
EQUIPEMENT "100% SANTE" ⁽²⁾			
* 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 dernière facturation 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
* 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 dernière facturation 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
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" ⁽²⁾			
* 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 dernière facturation 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	100% des frais réels
Monture + deux verres complexes	90% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + deux verres très complexes	90% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Paraphe

Bl

Paraphe

PC

DS

GM

Paraphe

MB



Sécurité sociale ⁽¹⁾ (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
--	--	---



OPTIQUE ⁽⁸⁾

* 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 dernière facturation 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	280 €
Monture + deux verres complexes	90% BR	600 € - RSS	600 €
Monture + 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 Forfait par bénéficiaire et par période de deux ans ⁽⁹⁾	90% BR	TM + Forfait 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait 300 €
Opération de l'œil Forfait annuel par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie



AUTRES GARANTIES

MEDECINE DOUCE Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile ⁽⁹⁾	90% BR	Forfait 125 €	90% BR + Forfait 125 €
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption ⁽¹⁰⁾	-	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 ⁽¹¹⁾	RSS	TM	100% BR
Accès aux services d'assistance ⁽¹²⁾		Inter Mutuelles Assistance (IMA)	

- (1) Le taux du Régime Local de Sécurité sociale peut varier lorsque le bénéficiaire 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-ACO.
- (2) Hospitalisation d'un enfant, ayant droit du participant : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) Les prestations optiques (100% Santé, Hors 100% Santé) 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 dernière facturation 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 euros maximum dans le "100% Santé".
- (7) 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 Limite 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.
- (8) 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.
- (9) 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 « Transport »), ni l'hébergement et ni les frais annexes et non médicaux.
- (10) 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.
- (11) 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.
- (12) 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-ACO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Anesthésistes, Chirurgiens et Obstétriciens

Avec Santéclair, vous accédez à une gamme complète de services de qualité (optique, dentaire, audioprothèse) à tarifs préférentiels

Découvrez le service d'ima santé ainsi que les 12 fiches pratiques résumant les prestations d'assistance directement depuis votre espace personnel sur ipcemutuelle.fr

Paraphe
BL

Paraphe
PL

DS
GM

Paraphe
MB

VERSION TECHNIQUE CONSOLIDÉE - ANNEXE 2 – Montant des cotisations

A titre indicatif, cotisations mensuelles

Cotisations à compter du 1^{er} janvier 2026

TARIFICATION Composition Familiale	MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE EN EUROS		
	REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE	REGIME LOCAL DE SECURITE SOCIALE (ALSACE-MOSELLE)	
		Mixte	Local
1 personne	81,30 €	-	48,55 €
2 personnes	144,18 €	119,62 €	86,37 €
3 personnes et +	205,60 €	141,13 €	122,81 €