

ATOUT SANTÉ VITALITÉ ESSENTIEL - 2022

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 l'adhérent (prestation Sécurité sociale + remboursement BPCE Mutuelle) ne peut pas excéder la dépense engagée.



2022 - TG - ASV ESSENTIEL - RL

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
HOSPITALISATION				
HONORAIRES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 80% BR	180% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 60% BR	160% BR
FRAIS DE SÉJOUR		100% BR	TM + 80% BR	180% BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE (y compris hospitalisation ambulatoire et maternité) Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire		-	30 € / jour	30 € / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
FRAIS D'ACCOMPAGNANT (2) (enfant de moins de 12 ans)	-	-	20 € / jour	20 € / jour
FORFAIT PATIENT URGENCE (FPU) (3)			100% des frais réels	100% des frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPÉRIEURS À 120 €	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites généralistes (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 20% BR	120% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM	100% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 50% BR	150% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 30% BR	130% BR
Actes de spécialité (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 50% BR	150% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 30% BR	130% BR
Radiologie	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 20% BR	120% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM	100% BR
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		90% BR	TM + 20% BR	120% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)		90% BR	TM + 20% BR	120% BR
TRANSPORT		100% BR	-	100% BR
MÉDICAMENTS				
Pharmacie à 90 %		90% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 80 %		80% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %		15% BR	-	15% BR
MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)				
Petit appareillage		90% BR	TM + 50% BR	150% BR
Grand appareillage		100% BR	90% BR	190% BR

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
AIDES AUDITIVES (5)				
Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.				
ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7) (à compter du 01/01/2021)		90% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7) * 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 en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		90% BR	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS				
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		90% BR	TM + Forfait de 300 €	100% BR + 300 €
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES				
Consommables, piles et accessoires acceptés par la Sécurité sociale		RSS	TM	100% BR
DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES "100% SANTÉ" (7)		90% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
SOINS HORS "100% SANTÉ" (7)				
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale		90% BR	TM	100% BR
Inlay / Onlay		90% BR	TM + 100% BR	200% BR
PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (7)				
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale (y compris inlay-core)	Honoraires maîtrisés (7)	90% BR	TM + 150% BR	250% BR
	Tarifs libres	90% BR	TM + 150% BR	250% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire		-	250 € par implant limité à 2 implants /an	250 € par implant limité à 2 implants /an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale		100% BR	150% BR	250% BR

OPTIQUE (6)

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
--	--	---

ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7)

* **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 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.

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
--	--	---

* **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 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.

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
--	--	---

ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)

* **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 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 40 euros.

Description	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
Monture + deux verres simples	90% BR	150 € - RSS	150 €
Monture + deux verres complexes	90% BR	295 € - RSS	295 €
Monture + deux verres très complexes	90% BR	355 € - RSS	355 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	225 € - RSS	225 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	255 € - RSS	255 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	325 € - RSS	325 €

* **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 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 40 euros.

Description	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
Monture + deux verres simples	90% BR	130 € - RSS	130 €
Monture + deux verres complexes	90% BR	225 € - RSS	225 €
Monture + deux verres très complexes	90% BR	270 € - RSS	270 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	175 € - RSS	175 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	200 € - RSS	200 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	245 € - RSS	245 €

LENTILLES ET OPÉRATION DE LA MYOPIE

Description	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période (8) de deux ans	90% BR	TM + 100 €	100% BR (si intervention de la sécurité sociale) + 100 €
Opération de la Myopie - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	230 € par œil	230 € par œil

AUTRES GARANTIES

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)	
CURE THERMALE (OU THALASSOTHÉRAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (9)	90% BR	Forfait de 80 €	90% BR + Forfait de 80 €
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)		

- (1) Le taux du Régime Local de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affection Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO.
- (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) 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 date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Le choix d'un équipement «100% Santé» ou «hors 100% Santé» n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros maximum «hors 100% Santé» et à 30 euros maximum dans le «100% Santé».
- (7) Tels que définis réglementairement notamment par les articles L.911-7, L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et sont susceptibles d'évoluer en cas d'évolutions légales ou réglementaires. 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 (frais d'hydrothérapie). Il n'inclut pas la surveillance médicale (qui relève de consultations et d'actes médicaux), ni les frais de transport (qui relèvent de la prestation «Transport»), ni l'hébergement.
- (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.

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

ATOUT SANTÉ VITALITÉ ESSENTIEL - 2022

RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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



2022 - TG - ASV ESSENTIEL - RG

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
HOSPITALISATION				
HONORAIRES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 80% BR	180% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 60% BR	160% BR
FRAIS DE SÉJOUR		80% / 100% BR	TM + 80% BR	180% BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE (y compris hospitalisation ambulatoire et maternité) Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire		-	30 € / jour	30 € / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		-	100% des frais réels	100% des frais réels
FRAIS D'ACCOMPAGNANT (2) (enfant de moins de 12 ans)		-	20 € / jour	20 € / jour
FORFAIT PATIENT URGENCE (FPU) (3)		-	100% des frais réels	100% des frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPÉRIEURS À 120 €		-	100% des frais réels	100% des frais réels
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites généralistes (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 20% BR	120% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM	100% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 50% BR	150% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 30% BR	130% BR
Actes de spécialité (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 50% BR	150% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 30% BR	130% BR
Radiologie	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 20% BR	120% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM	100% BR
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €		-	100% des frais réels	100% des frais réels
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		60% BR	TM + 20% BR	120% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)		60% BR	TM + 20% BR	120% BR
TRANSPORT		65% BR	TM	100% BR
MÉDICAMENTS				
Pharmacie à 65 %		65% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 30 %		30% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %		15% BR	-	15% BR
MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)				
Petit appareillage		60% BR	TM + 50% BR	150% BR
Grand appareillage		100% BR	90% BR	190% BR

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
AIDES AUDITIVES (5)				
Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.				
ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7) (à compter du 01/01/2021)		60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)				
* 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 en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		60% BR	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS				
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		60% BR	TM + Forfait de 300 €	100% BR + 300 €
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES				
Consommables, piles et accessoires acceptés par la Sécurité sociale		RSS	TM	100% BR
DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES "100% SANTÉ" (7)		70% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
SOINS HORS "100% SANTÉ" (7)				
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale		70% BR	TM	100% BR
Inlay / Onlay		70% BR	TM + 100% BR	200% BR
PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (7)				
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale (y compris inlay-core)	Honoraires maîtrisés (7)	70% BR	TM + 150% BR	250% BR
	Tarifs libres	70% BR	TM + 150% BR	250% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire		-	250 € par implant limité à 2 implants /an	250 € par implant limité à 2 implants /an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale		100% BR	150% BR	250% BR

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
--	--	--	---

OPTIQUE (6)

ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7)

* **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 prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.

	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
--	--------	----------------------------	----------------------

* **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 prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.

	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
--	--------	----------------------------	----------------------

ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)

* **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 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 40 euros.

Monture + deux verres simples	60% BR	150 € - RSS	150 €
Monture + deux verres complexes	60% BR	295 € - RSS	295 €
Monture + deux verres très complexes	60% BR	355 € - RSS	355 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	225 € - RSS	225 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	255 € - RSS	255 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	325 € - RSS	325 €

* **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 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 40 euros.

Monture + deux verres simples	60% BR	130 € - RSS	130 €
Monture + deux verres complexes	60% BR	225 € - RSS	225 €
Monture + deux verres très complexes	60% BR	270 € - RSS	270 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	175 € - RSS	175 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	200 € - RSS	200 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	245 € - RSS	245 €

LENTILLES ET OPÉRATION DE LA MYOPIE

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période (8) de deux ans	60% BR	TM + 100 €	100% BR (si intervention de la sécurité sociale) + 100 €
Opération de la Myopie - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	230 € par œil	230 € par œil

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

AUTRES GARANTIES

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
CURE THERMALE (OU THALASSOTHÉRAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (9)	65% BR	Forfait de 80 €	65% BR + Forfait de 80 €

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)		

- (1) Le taux du Régime Général de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affection Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent 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) 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 date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Le choix d'un équipement «100% Santé» ou «hors 100% Santé» n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros maximum «hors 100% Santé» et à 30 euros maximum dans le «100% Santé».
- (7) Tels que définis réglementairement notamment par les articles L.911-7, L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et sont susceptibles d'évoluer en cas d'évolutions légales ou réglementaires. 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 (frais d'hydrothérapie). Il n'inclut pas la surveillance médicale (qui relève de consultations et d'actes médicaux), ni les frais de transport (qui relèvent de la prestation «Transport»), ni l'hébergement.
- (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.

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