

ATOUT SANTÉ VITALITÉ OPTIMUM - 2022

RÉGIME LOCAL ALSACE MOSELLE 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 OPTIMUM - 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 + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
FRAIS DE SÉJOUR		100% BR	TM + 100 % BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX EN HOSPITALISATION	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE (y compris hospitalisation ambulatoire et maternité) Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire		-	50 € / jour	50 € / jour
FORFAIT 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 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 + 100% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 80% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes de spécialité et radiologie (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €		100% des frais réels	-	100% des frais réels
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		90% BR	TM + 100% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)		90% BR	TM + 100% BR	200% BR
TRANSPORT		100% BR	TM + 100% BR	200% BR
MÉDICAMENTS				
Pharmacie à 90 %		90% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 80 %		80% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %		15% BR	TM	100% BR
MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)				
Petit appareillage		90% BR	TM + 160% BR	260% BR
Grand appareillage		100% BR	TM + 200% BR	300% BR

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
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	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
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 (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
PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (7)				
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge		90% BR	TM + 1 170 € / bridge	100% BR + 1 170 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire		90% BR	TM + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	Honoraires maîtrisés (7)	90% BR	TM + 350% BR	450% BR
	Tarifs libres	90% BR	TM + 350% BR	450% BR
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

	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.			
	90% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
* ÉQUIPEMENT BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.			
	90% 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 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

* 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 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 ET OPÉRATION DE L'ŒIL			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période (8) de deux ans	90% BR	TM + Forfait de 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait de 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

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

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
AUTRES GARANTIES			
MÉDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances / an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances / an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
CURE THERMALE (OU THALASSOTHÉRAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (9)	90% BR	Forfait de 125 €	90% BR + Forfait de 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 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'adhérent : 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.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 (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) 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-CO :
Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens



ATOUT SANTÉ VITALITÉ OPTIMUM - 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 OPTIMUM - 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 + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
FRAIS DE SÉJOUR		80% ou 100% BR	TM + 100 % BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX EN HOSPITALISATION	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% 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		-	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 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 + 100% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 80% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes de spécialité et radiologie (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	200% 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 + 100% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)		60% BR	TM + 100% BR	200% BR
TRANSPORT		65% BR	TM + 100% BR	200% BR
MÉDICAMENTS				
Pharmacie à 65 %		65% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 30 %		30% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %		15% BR	TM	100% BR
MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)				
Petit appareillage		60% BR	TM + 160% BR	260% BR
Grand appareillage		100% BR	TM + 200% BR	300% BR

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
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	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
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 (y compris inlay, onlay)		70% BR	TM + 200% BR	300% BR
Inlay core accepté par la Sécurité sociale		70% BR	TM + 100% BR	200% BR
PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (7)				
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge		70% BR	TM + 1 170 € / bridge	100% BR + 1 170 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire		70% BR	TM + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	Honoraires maîtrisés (7)	70% BR	TM + 350% BR	450% BR
	Tarifs libres	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

	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
* ÉQUIPEMENT BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.			
	60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels

ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)			
* ÉQUIPEMENT BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.			
Monture + deux verres simples	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + deux verres complexes	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + deux verres très complexes	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

* ÉQUIPEMENT BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 16 ANS : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.			
Monture + deux verres simples	60% BR	280 € - RSS	280 €
Monture + deux verres complexes	60% BR	600 € - RSS	600 €
Monture + deux verres très complexes	60% BR	800 € - RSS	800 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	440 € - RSS	440 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	540 € - RSS	540 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	700 € - RSS	700 €

LENTILLES ET OPÉRATION DE L'ŒIL			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période (8) de deux ans	60% BR	TM + Forfait de 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait de 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

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

Page 2/2

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle)
AUTRES GARANTIES			
MÉDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances / an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances / an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
CURETHERMALE (OU THALASSOTHÉRAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (9)	65% BR	Forfait de 125 €	65% BR + Forfait de 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)		

- 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.
- Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.
- Participation forfaitaire appliquée en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation, hors cas d'exonérations et minorations, définis réglementairement notamment par l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- Si parcours de soins coordonnés - Les différentes mesures en cas de non respect du parcours de soins coordonnés sont définies par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- La prise en charge de(s) l'aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. Le renouvellement de(s) l'aide(s) auditive(s) ne peut intervenir avant une période de 4 ans. Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de(s) l'aide(s) auditive(s) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le choix d'un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement.
- Les prestations optiques (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».
- 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.
- Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de la / les première(s) lentille(s). Cette période est distincte et indépendante de la période relative à l'achat de lunettes.
- Soins réalisés pendant la cure (frais d'hydrothérapie). Il n'inclut pas la surveillance médicale (qui relève de consultations et d'actes médicaux), ni les frais de transport (qui relèvent de la prestation «Transport»), ni l'hébergement.
- Le versement de ce forfait est conditionné à l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant droit du contrat dans les trois mois suivant sa naissance ou son adoption.
- Hors prestations de santé mentionnées aux points 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale, conformément à la réglementation des contrats responsables.
- Voir notice Assistance IMA.

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



2022 - TG - ASV OPTIMUM - RG