

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

REGIME GENERAL de la Sécurité sociale 2018

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.

	Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle dans la limite de ⁽¹⁾	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle)
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux ou chirurgicaux	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Frais de séjour	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes techniques médicaux en hospitalisation	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Frais de 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 hospitalier	-	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait hospitalier psychiatrique	-	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais d'accompagnant ⁽²⁾	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
Participation forfaitaire de 18 € pour les actes supérieurs à 120 €	-	100% des frais réels	100% des frais réels
MEDECINE COURANTE			
Consultations et visites généralistes ⁽³⁾	70% BR	TM + 100% BR (TM + 80% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	200% BR (180% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres ⁽³⁾	70% BR	TM + 200% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Actes de spécialité et radiologie ⁽³⁾	70% BR	TM + 200% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Participation forfaitaire de 18 € pour les actes supérieurs à 120 €	-	100% des frais réels	100% des frais réels
Analyses médicales	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	60% BR	TM + 100% BR	200% BR
Frais de transport	65% BR	TM + 100% BR	200% BR
Pharmacie à 65 %	65% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 30 %	30% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %	15% BR	TM	100% BR
MEDECINE DOUCE			
Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiothérapeute, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiothérapeute, diététicien, psychomotricien, pédicure
APPAREILLAGE			
Petit appareillage	60% BR	TM + 180% BR	260% BR
Grand appareillage	100% BR	TM + 200% BR	300% BR
Prothèses Auditives Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par année civile	60% BR	TM + Forfait 600 € par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille
DENTAIRE			
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
Bridge 3 éléments accepté 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	70% BR	TM + 350% BR	450% BR
Implants dentaires refusés 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
OPTIQUE			
Equipement optique L'équipement optique est défini par la réglementation du contrat responsable. Il est constitué d'une monture et de deux verres. Le montant du remboursement peut donner lieu à plafonnement compte tenu des obligations réglementaires sur le contrat responsable ⁽⁴⁾			
* Monture - Prise en charge d'une monture par période de deux ans pour les adultes ⁽⁵⁾ et d'un an pour les enfants mineurs	60% BR	100 € - RSS	100 €
* Verres - Prise en charge de deux verres par période de deux ans pour les adultes ⁽⁵⁾ et d'un an pour les enfants mineurs	60% BR	2340€ BR	2400€ BR
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période ⁽⁶⁾ de deux ans	60% BR	TM + Forfait 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait 300 €
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatisme, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatisme, hypermétropie
FORFAIT THERMAL OU THALASSOTHERAPIE accepté(e) par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile ⁽⁷⁾	65% BR	Forfait 125 €	65% BR + Forfait 125 €
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption ⁽⁸⁾	-	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 ⁽⁹⁾	RSS	TM	100% BR
Accès aux services d'assistance ⁽¹⁰⁾		Inter Mutuelles Assistance (IMA)	

- (1) Le taux du Régime Général de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affectation Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent au OPTAM/OPTAM-CO.
- (2) Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : BPCE Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant
- (3) Si parcours de soins coordonnés - Les différentes mesures en cas de non respect du parcours de soins coordonnés sont définies par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- (4) Les prestations optiques répondent à la nouvelle réglementation des contrats responsables et assurent la prise en charge d'un "équipement" constitué de deux verres et d'une monture par période encadrée (un ou deux ans). Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture).
- (5) Sauf en cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite pour les adultes à un an
- (6) Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition des premières lentilles. Cette période est distincte et indépendante de la période relative à l'achat de lunettes.
- (7) Soins réalisés pendant la cure (frais d'hydrothérapie). Il n'inclut pas la surveillance médicale (qui relève de consultations et d'actes médicaux), ni les frais de transport (qui relèvent de la prestation « frais de transport »), ni l'hébergement.
- (8) 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.
- (9) 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.
- (10) Voir notice Assistance IMA

La présente grille est conforme aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'art. L871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'art. R871-2 du même code.

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 Maltrisée ; OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maltrisée-Chirurgiens et Obstétriciens