

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

NOTICE D'INFORMATION

Cette notice d'information est destinée aux salariés des entreprises dont le régime de frais de soins de santé à adhésion obligatoire a été mis en place conformément à l'accord collectif national du 24 novembre 2005, tel que complété par les avenants n°1 à 4.

Elle définit les garanties, les modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir, prévues par le Contrat Groupe National Santé.

La présente notice d'information est indissociable du tableau de garanties figurant à la fin de cette notice d'information.



Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au répertoire SIREN sous le n° 776466963 soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

**7 rue Léon Patoux
CS 51032
51686 REIMS CEDEX 2**

ENSEMBLE PROTECTION SOCIALE (EPS), Association loi 1901,
n'est pas votre organisme assureur.
EPS est l'association regroupant les moyens communs à la CGP et à BPCE MUTUELLE.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

SOMMAIRE

1^{ère} partie : La gestion du contrat

- Qui gère mon régime de Frais de soins de santé ?
- Comment sont payées mes cotisations ?
- Comment puis-je bénéficier de ce contrat ?
- A partir de quand et jusqu'à quand suis-je couvert par mon contrat ?
- Puis-je cesser d'adhérer au régime ?
- En plus de moi qui est couvert ?
- Quelles sont les formalités nécessaires pour que ma famille puisse bénéficier des prestations de ma mutuelle ?
- Je vais quitter mon entreprise. Puis-je continuer à adhérer à BPCE Mutuelle ?
- Je décède en activité
- Réclamations – Médiation
- Prescription
- Comment sont traitées mes données ?

2^{ème} partie : La mise en œuvre des garanties

- A partir de quelle date puis-je être remboursé ?
- Comment faire pour être remboursé ?
- Comment suis-je remboursé ?
- Qu'est ce que la télétransmission ?
- Comment mettre en œuvre la télétransmission ?
- Qu'est ce que le tiers-payant ?
- Comment suis-je informé des remboursements complémentaires effectués ?
- Ai-je une formalité particulière à remplir en cas d'accident ?
- Que se passe-t-il si je fais une fausse déclaration ?
- Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

3^{ème} partie : L'étendue des garanties

- Dispositions générales
- Dispositions particulières à certaines prestations
- *Hospitalisation*
 - ✓ Si je suis hospitalisé, dois-je faire l'avance de frais ?
 - ✓ Le forfait hospitalier est-il remboursé ?
 - ✓ Si je prends une chambre particulière ?
 - ✓ Et si mon enfant est hospitalisé ?
 - ✓ Mon hospitalisation en centre de rééducation fonctionnelle est-elle prise en charge ?
- *Médecine courante* - Comment sont remboursés les actes de médecine courante ?
- *Appareillage*
 - ✓ J'ai besoin d'un appareil auditif. Quelles sont les formalités nécessaires ?
 - ✓ Quelle est la différence entre le petit et le grand appareillage ?
- *Dentaire*
 - ✓ J'ai besoin d'une prothèse dentaire. Quelles sont les prestations couvertes ?
 - ✓ J'ai besoin de remplacer une dent manquante. Quelles solutions ai-je ?
 - ✓ Quels sont les frais d'orthodontie pris en charge ?
 - ✓ Qu'est ce que la parodontologie refusée ?
 - ✓ Quelles sont les formalités à remplir pour obtenir mes remboursements dentaires ?
- *Optique*
 - ✓ Qu'est-ce qu'un « équipement optique » ?
 - ✓ Comment sont décomptés les équipements « monture et verres » ?
 - ✓ Comment est décompté le forfait lentilles ?
 - ✓ Je dois changer mes lunettes (ou mes lentilles). Quelles sont les formalités nécessaires ?
 - ✓ J'envisage une opération de chirurgie réfractive.
- *Naissance – Adoption* : L'accouchement est pour bientôt. Dois-je accomplir une formalité particulière ?
- *Cure* - En cas de cure thermale, quelle est la prise en charge de la mutuelle ?
- *Médecine Douce* - Quelle est la participation de la mutuelle ?
- *Actes de prévention* - Quels sont les actes de prévention pris en charge par la mutuelle ?
- *Autres frais* - Quelle est la participation de la mutuelle ?
- Assistance
- Quels justificatifs fournir pour vos remboursements en santé ?

4^{ème} partie : Informations sur BPCE Mutuelle (hors contrat)

- Santéclair
- La Revue – L'information mutualiste
- L'assurance à taux préférentiel de vos prêts
- Priorité santé mutualiste
- L'action sociale
- Les services de soins et d'accompagnement mutualistes
- Une couverture santé pour vos proches

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

DEFINITION DES TERMES EMPLOYES ET LEUR APPLICATION DANS CETTE NOTICE



ASSISTANCE : Il s'agit de prestations de services proposées aux participants, qui interviennent lorsque ces derniers, ou un membre de leur famille, connaissent des aléas de santé.

AYANT-DROIT : La qualité d'ayant-droit est reconnue :

- au conjoint du participant,
- au partenaire lié par un pacte civil de solidarité au sens de l'article 515-1 du code civil,
- au concubin du participant au sens de l'article 515-8 du code civil,
- aux enfants à charge du participant dans les conditions définies ci-après dans la Notice d'information.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Base de calcul des remboursements des frais de santé utilisée par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ou le régime local d'Alsace-Moselle. Cette base de remboursement peut également être appelée « Tarif de convention ».

CONCUBIN : Personne qui vit avec le participant, au sens de l'article 515-8 du code civil, la situation se caractérisant par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité. La production d'un justificatif de domicile commun est exigée.

CONJOINT : Personne mariée avec le participant, non séparée de corps judiciairement, non divorcée à la date du décès de ce dernier.

CONTRAT « RESPONSABLE » : Les contrats qualifiés de « responsables et solidaires » bénéficient d'aides fiscales et sociales. Pour cela, le contrat doit respecter les dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et respecter le cahier des charges des « contrats responsables » c'est-à-dire notamment un panier minimum de garanties. Le contrat doit ainsi couvrir la prise en charge du ticket modérateur et, lorsqu'il offre des niveaux de garantie supérieurs à ce dernier - par exemple en matière de dépassement d'honoraires ou d'optique médicale - la prise en charge est très encadrée, voire plafonnée pour certains postes de soins.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES : On parle de dépassement d'honoraires lorsqu'un professionnel de santé pratique des prix supérieurs à ceux fixés par la Sécurité sociale au titre de la Base de remboursement. Ces dépassements ne sont jamais remboursés par la Sécurité sociale.

FRAIS REELS (FR) : Sommes engagées par le participant pour ses dépenses de santé.

OPTAM/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) : ces deux options sont proposées depuis le 1^{er} janvier 2017 aux médecins, et remplace le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients en proposant des tarifs identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

PARTICIPANT (ou MEMBRE PARTICIPANT) : La qualité de participant s'entend au titre de cette notice de tout salarié en activité dans l'entreprise ou de tout ancien salarié en période de portabilité des droits.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

PARTENAIRE PACSE : Personne qui est liée par un pacte civil de solidarité (PACS) avec le participant, au sens de l'article 515-1 du code civil.

PARTICIPATION FORFAITAIRE : Il s'agit d'une participation financière d'un montant de 1 € qui reste à la charge de chaque assuré de plus de 18 ans, pour toute consultation ou acte médical. Dans le cadre du respect des critères des contrats responsables, BPCE MUTUELLE ne prend donc pas en charge cette participation forfaitaire. Chaque assuré doit s'en acquitter.

PMSS - PASS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, ou Plafond Annuel de la Sécurité sociale. Il est mis à jour chaque 1^{er} janvier.

PORTABILITE : Dispositif qui permet à un salarié dont le contrat de travail est rompu, de continuer à bénéficier du régime Frais de soins de santé mis en place dans son entreprise, durant une certaine période, à condition d'être indemnisé par Pôle emploi.

TIERS-PAYANT : Dispositif permettant au participant d'être dispensé d'avancer les frais de santé qui sont remboursés par la Sécurité sociale. Le professionnel de santé se fait alors directement payer par la Sécurité sociale ou BPCE MUTUELLE selon les conditions prévues par la carte de tiers payant

TICKET MODERATEUR (TM) : Partie de la base de remboursement de la Sécurité sociale qui n'est pas remboursée par cette dernière. Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par BPCE MUTUELLE, conformément aux dispositions des contrats responsables.

RESEAU DE SOINS : il s'agit d'un regroupement de professionnels de santé, qui a notamment pour objet de favoriser l'accès aux soins et la continuité des prises en charge pour les participants et leurs ayants droits.

RESTE A CHARGE : Part des dépenses de santé qui reste à la charge du participant après le remboursement de la Sécurité sociale et de BPCE MUTUELLE.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

QUI ASSURE MES GARANTIES ?

Le contrat visé dans la présente notice est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire proposant des garanties de santé et d'assistance.

Ce contrat est souscrit par votre entreprise auprès de BPCE MUTUELLE.

BPCE MUTUELLE est une mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la mutualité, agréée pour pratiquer les opérations des branches d'activités suivantes :

- Branche 1 - Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles),
- Branche 2 – Maladie,
- Branche 20 - Vie décès,
- Branche 21 - Nuptialité-Natalité.

Les garanties d'assistance relevant de la Branche 18 sont souscrites par BPCE MUTUELLE auprès d'IMA Assurance au bénéfice de ses participants. Les garanties d'assistance sont décrites dans une notice d'information spécifique. Elles sont assurées par l'assureur IMA.

1^{ère} partie : La gestion du contrat

QUI GERE MON REGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTE ?

BPCE MUTUELLE est l'assureur et ENSEMBLE PROTECTION SOCIALE (EPS) est le gestionnaire des garanties qui constituent votre régime de frais de soins de santé. Pour toute information complémentaire concernant la mise en œuvre des garanties ou pour toute demande relative aux prestations, vous devez vous adresser A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE VOTRE ENTREPRISE ou à :

BPCE MUTUELLE
7 rue Léon Patoux
CS 51032
51686 REIMS CEDEX 2

TEL : 03.26.77.66.00 – FAX : 03.26.77.66.19
E-MAIL : bpcemutuelle@eps.caisse-epargne.fr
INTERNET : www.bpcemutuelle.fr

COMMENT SONT PAYEES MES COTISATIONS ?

Elles sont directement retenues sur votre salaire et réglées par votre employeur qui, dans le cadre de l'accord régissant le Contrat Groupe National Santé (CGN Santé), prend en charge une partie des dites cotisations.

Les cotisations sont payées mensuellement à terme échu dans les 5 premiers jours suivant l'échéance.

Votre employeur est responsable du paiement des cotisations.

COMMENT PUIS-JE BENEFICIER DE CE CONTRAT ?

Les garanties prévues par le CGN Santé s'appliquent à tout salarié de l'entreprise sans condition d'ancienneté et à ses ayants droit dans les conditions définies par le régime mis en place au sein de l'entreprise.

Cependant, vous pouvez, à votre demande, être dispensé de participer au régime si vous entrez dans l'un des cas de dispense d'adhésion dit « de droit » définis notamment aux articles D.911-2, D.911-6 et D.911-7 du code de la sécurité sociale et à l'Accord Collectif National (ACN).

Ces demandes de dispense d'adhésion peuvent être formulées :

- ✓ au moment de votre embauche,
- ✓ ou à la date de mise en place des garanties dans l'entreprise,
- ✓ ou à la date de prise d'effet des couvertures qui justifient votre demande de dispenses et figurent parmi les paragraphes 1 et 3 ci-après.

Ces cas de dispense d'adhésion « de droit » peuvent jouer si vous êtes :

1. salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale (ACS). Dans ce cas, cette dispense d'adhésion ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

2. salarié couvert par une assurance individuelle frais de soins de santé, au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;

3. salarié bénéficiaire au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit, d'une couverture complémentaire santé au titre de l'un des dispositifs suivants :

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

- ✓ complémentaire santé collective et obligatoire (conformément à l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale) ;
- ✓ régime local Alsace Moselle (dans le cadre des dispositions prévues par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du code de la sécurité sociale) ;
- ✓ régime complémentaire géré par la CAMIEG (dans le cadre des dispositions prévues par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du Décret n°46-1451 du 22 juin 1946) ;
- ✓ régime de la fonction publique d'état (dans le cadre des dispositions prévues par le Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale de leurs personnels) ;
- ✓ régime de la fonction publique territoriale (dans le cadre des dispositions prévues par le Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents) ;
- ✓ couverture dite « Madelin » (dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle).

4. salarié bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission, dont la durée d'adhésion au régime est inférieure à trois mois, sous réserve de justifier d'une couverture santé respectant les critères des contrats dits « responsables ».

Par ailleurs, l'Accord Collectif National prévoit des cas de dispense d'adhésion au CGN Santé, qui peuvent être invoqués lors de l'embauche ou en cas de changement de situation.

Ces cas de dispenses d'adhésion visent le :

- salarié ou apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, que vous bénéficiez ou non d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- salarié ou apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois et que vous êtes en mesure de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

- salarié à temps partiel ou apprenti, et que votre adhésion au régime vous conduirait à acquitter une cotisation au moins égale à 10% de votre rémunération brute.

RAPPEL : COUPLE EN ENTREPRISE

La participation au régime collectif des ayants droit étant obligatoire, dans le cas de conjoints travaillant tous les deux au sein de la même entreprise, l'un des membres du couple doit être affilié en tant que participant, l'autre peut l'être en tant qu'ayant droit.

Toute demande de dispense d'adhésion est formulée auprès des services compétents de votre entreprise par écrit, accompagnée le cas échéant de toutes pièces justificatives. A défaut de fournir chaque année à celle-ci les justificatifs nécessaires, vous devrez adhérer au régime et acquitter la cotisation correspondante.

A PARTIR DE QUAND ET JUSQU'A QUAND SUIS-JE COUVERT PAR MON CONTRAT ?

Le bénéfice des garanties commence à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel intervient votre adhésion et s'achève le premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient votre radiation.

Les garanties cessent de s'appliquer :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance ;
- le premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la rupture du contrat de travail.

Toutefois, conformément à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale vous bénéficiez, sous réserve de remplir certaines conditions et suite à l'information donnée par votre employeur, d'un maintien temporaire de votre couverture complémentaire santé en cas de rupture de votre contrat de travail.

Pour plus d'informations, reportez vous au § : « JE VAIS QUITTER MON ENTREPRISE. PUIS-JE CONTINUER À ADHÉRER À BPCE MUTUELLE » CF INFRA

- à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la suspension du contrat de travail du participant, quelle qu'en soit la cause.

Par dérogation au point précédent, le bénéfice des garanties est maintenu durant les périodes de suspension du contrat de travail, notamment en cas de maladie, maternité ou accident, dès lors que le salarié bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou bien du versement d'indemnités journalières complémentaires

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

- à la date de la liquidation, par le participant, de ses droits à la retraite ou à la préretraite ;
- le premier jour du mois suivant le décès du participant.

PUIS-JE CESSER D'ADHERER AU REGIME ?

Le régime géré par votre contrat étant un régime collectif obligatoire, vous ne pouvez pas décider de résilier votre adhésion et cesser de cotiser sauf à justifier que vous pouvez bénéficier d'une dispense d'adhésion [Cf. § « COMMENT PUIS-JE BENEFICIER DE CE CONTRAT »]



EN PLUS DE MOI, QUI EST COUVERT ?

Selon la situation de votre famille et la couverture souscrite qui en résulte, vous cotisez pour :

- une couverture « une personne »,
- une couverture « deux personnes » ou
- une couverture « famille ».

Vous êtes tenu d'acquitter la cotisation correspondant à votre situation de famille réelle. Ce qui signifie l'obligation pour vous de verser la cotisation « deux personnes » ou « famille » lorsque vous avez à votre charge un ou des ayants droit.

Selon la couverture souscrite correspondant à la situation de famille communiquée par vos soins, les garanties sont accordées :

- à vous-même ;
- à votre conjoint ;
- à votre partenaire lié par un PACS ou concubin (sous réserve que vous ne soyez mariés ni l'un, ni l'autre, que vous viviez sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent jusqu'à la date de l'évènement) ;
- à vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin jusqu'au 31 décembre de leur 25^{ème} anniversaire, sous réserve de respecter l'une des conditions suivantes :
 - qu'ils soient à votre charge fiscalement, ou à celle de votre conjoint, partenaire pacsé ou concubin ; une attestation sur l'honneur devra être produite.
 - OU qu'ils soient inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - OU qu'ils effectuent leur service national,

- OU qu'ils reçoivent de votre part une pension alimentaire en application d'une décision de justice,
- OU qu'ils exercent une activité ou soient inscrits comme demandeur d'emploi auprès de Pôle Emploi et perçoivent des revenus inférieurs au SMIC ;

- à vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires d'une carte d'invalidité avec un taux d'au moins 80% ;

- à l'enfant à naître, au moment de l'évènement et né viable.

Date d'effet de l'adhésion des ayants droit

L'affiliation de votre/vos ayant(s) droit prend effet simultanément à votre adhésion.

Toutefois, en cas de changement de composition familiale lié à un mariage, un PACS, une naissance, un divorce, une dissolution de PACS, un décès d'un conjoint ou partenaire pacsé, ou suite à la cessation du bénéfice d'une couverture santé obligatoire par l'un de vos ayants droit, vous devez informer, dans les plus brefs délais la DRH de votre entreprise de ce changement. La modification du périmètre de vos ayants droit prendra effet au premier jour du mois suivant.

En revanche, en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, l'adhésion de ce dernier prendra effet à compter de la date de l'évènement.

Durée de l'adhésion des ayants droit

La période d'adhésion des ayants droit est la même que celle du participant. Dès lors, sauf à ce qu'ils ne remplissent plus les conditions pour être affiliés au contrat, ou qu'ils bénéficient d'une dispense d'adhésion listée ci-dessous, l'adhésion des ayants-droit produit ses effets tant que le participant est couvert.

Possibilité de dispense d'adhésion des ayants droit

L'obligation de couverture de l'ayant-droit peut être écartée lorsque vous pouvez justifier chaque année et par écrit auprès de votre DRH que ce dernier bénéficie d'un des cas de dispense d'adhésion suivants :

- une couverture collective obligatoire de même nature (remplissant les conditions mentionnées à l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale) dans le cadre d'un régime obligatoire institué dans l'entreprise qui l'emploie ;
- une couverture souscrite, conformément aux dispositions de l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre :
 - ✓ du régime Alsace Moselle (dans le cadre des dispositions prévues par le régime local d'assurance maladie du

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du code de la sécurité sociale) ;

- ✓ du régime géré par la CAMIEG (dans le cadre des dispositions prévues par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du Décret n°46-1451 du 22 juin 1946) ;
- ✓ d'un régime de la fonction publique d'état (dans le cadre des dispositions prévues par le Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels) ;
- ✓ d'un régime de la fonction publique territoriale (dans le cadre des dispositions prévues par le Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatives à la Participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents) ;
- ✓ d'une couverture dite « Madelin » (dans le cadre des dispositions de la Loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, visant notamment les non salariés non agricoles).

Vous pouvez alors par exemple cotiser au tarif « couverture une personne » (salarié seul) ou « deux personnes » (le salarié + 1 enfant), malgré la présence d'un conjoint, si celui-ci bénéficie d'une couverture obligatoire.

Dans cette hypothèse, le(s) enfant(s) peut/peuvent être affilié(s) avec l'un ou l'autre des parents qui a une couverture collective obligatoire pour les ayants droit. Si la couverture obligatoire de votre conjoint est facultative pour ses ayants droit, les enfants doivent obligatoirement être affiliés avec vous.

Si vous devez justifier que vos ayants droit sont couverts à titre obligatoire par BPCE MUTUELLE, vous pouvez télécharger votre attestation de couverture pour vous et vos ayants droit le cas échéant, en vous connectant dans « ESPACE SANTE » sur le site internet www.bpcemutuelle.fr puis en vous identifiant dans l'encadré « CONNECTEZ VOUS DANS VOTRE ESPACE SANTE ». L'attestation de couverture est téléchargeable dans la rubrique « Consulter votre attestation d'adhésion ».

QUELLES SONT LES FORMALITES NECESSAIRES POUR QUE MA FAMILLE PUISSE BENEFICIER DES PRESTATIONS DE MA MUTUELLE ?

- POUR FAIRE ADHERER VOTRE CONJOINT, PARTENAIRE LIE PAR UN PACS OU CONCUBIN, vous devez remplir auprès de votre DRH un bulletin d'adhésion ou d'ajout de bénéficiaire et y joindre :
 - si vous êtes mariés, une copie de l'acte de mariage ou du livret de famille ;
 - si vous êtes liés par un PACS, une copie de votre pacte civil de solidarité, ou de votre acte de naissance ;
 - si vous vivez en concubinage, un certificat de concubinage délivré par votre mairie, à défaut, une attestation sur l'honneur de concubinage ET un justificatif de domicile commun.
- POUR FAIRE INSCRIRE VOTRE ENFANT EN QUALITE D'AYANT DROIT, vous devez remplir auprès de votre DRH un bulletin d'adhésion ou d'ajout de bénéficiaire et y joindre :
 - une copie de l'extrait d'acte de naissance ou du livret de famille, en cas de naissance,
 - une copie du certificat d'adoption, en cas d'adoption,
 - un justificatif de sa situation, s'il est âgé de plus de 18 ans (étudiant, apprenti, demandeur d'emploi, handicapé...),

En cas de demande de retrait d'un ayant droit, vous devez remplir auprès de votre DRH un bulletin de radiation de bénéficiaire. Des justificatifs doivent également être fournis.

ATTENTION :

D'une manière générale, TOUTE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION DE FAMILLE peut avoir une incidence sur vos cotisations (ajout ou retrait d'ayants droit, mariage, divorce, etc.) et DOIT ETRE SIGNALÉE A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE VOTRE ENTREPRISE DANS UN DELAI DE TROIS MOIS.

En revanche, les changements d'adresse ou de compte bancaire peuvent être signalés directement à BPCE MUTUELLE. Dans ce cas, vous devez joindre un justificatif (justificatif de domicile, RIB au nom du participant).

JE VAIS QUITTER MON ENTREPRISE. PUIS-JE CONTINUER À ADHÉRER À BPCE MUTUELLE ?

1° EN CAS DE RUPTURE DE CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT A PRISE EN CHARGE PAR LE REGIME D'ASSURANCE CHOMAGE

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, vous bénéficiez,

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

sous réserve de remplir certaines conditions, d'un maintien temporaire de garanties santé en cas de rupture de votre contrat de travail.

Ce dispositif de maintien de garanties s'applique en cas de rupture de contrat de travail à condition que :

- vous bénéficiez à ce titre d'une indemnisation au titre du régime d'assurance chômage ;
- vos droits au titre de votre contrat complémentaire santé soient ouverts.

Durée du maintien des garanties

Dans ce cadre vous bénéficiez, à compter du **1^{er} jour du mois qui suit la rupture de votre contrat de travail**, d'un **maintien temporaire** de vos garanties santé pour une période égale à la durée de votre dernier contrat de travail (ou des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur) appréciée en mois entiers et arrondie au nombre supérieur, **dans une limite de 12 mois**. Ainsi un contrat de travail d'une durée de 7 mois et 10 jours donnera lieu à une durée maximale de maintien de garanties de 8 mois.

Ce maintien cesse avant cette échéance si vous reprenez une activité ou le jour de la liquidation de vos droits à retraite, d'arrêt de votre indemnisation au titre du régime d'assurance chômage ou de votre décès.

Financement du maintien temporaire des garanties

Le maintien des garanties santé est gratuit pour les anciens salariés durant toute la période de droit à la portabilité.

Les ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties frais de santé à la date de cessation du contrat de travail bénéficient également de ce maintien.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont identiques à celles dont bénéficient les salariés de l'entreprise pendant votre période de chômage, de telle sorte que **toute évolution collective** de ces garanties à compter de la rupture de votre contrat de travail **vous sera applicable**.

Modalités de mise en œuvre du maintien de garanties

Afin de permettre à BPCE MUTUELLE de mettre en œuvre le versement de prestations santé durant cette période, vous devez lui retourner dans les plus brefs délais suite à la rupture de votre contrat de travail la **copie de votre attestation d'inscription à Pôle emploi et de votre prise en charge par l'assurance chômage** à :

BPCE MUTUELLE - Portabilité

7 rue Léon Patoux – CS 51032
51686 REIMS CEDEX 2

Il vous appartient pendant la période de maintien de garanties de signaler toute modification de votre situation personnelle susceptible de justifier l'arrêt ou la modification des garanties maintenues.

Vous êtes ainsi tenu par exemple d'informer la Mutuelle de la cessation de votre prise en charge par l'assurance chômage si celle-ci intervient avant la fin de la période de maintien de garanties ou si vous liquidez vos droits à retraite ; dans ce cas, le droit à prestations cesse.

Les documents attestant de cette modification doivent être adressés à « BPCE MUTUELLE-Portabilité ».

BPCE MUTUELLE se réserve à tout moment le droit, préalablement au paiement de prestations, de demander communication des justificatifs, notamment le relevé de situation Pôle Emploi, prouvant que les conditions pour bénéficier du maintien de garanties sont toujours remplies.

2° EN CAS DE RUPTURE OU A L'ISSUE DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, de revenus de remplacement, ont la possibilité d'obtenir le maintien de leur couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux. Ils devront à cet effet souscrire individuellement un **contrat spécifique dans le cadre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN**.

Dans ce cadre,

- vous ne bénéficiez plus de la participation financière de votre employeur sur la cotisation ;
- la cotisation due peut être supérieure à la cotisation des salariés actifs dans les limites réglementaires prévues par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017, et
- les membres de votre famille, ayants droit de votre ancien contrat collectif ne sont pas concernés par ce maintien de garanties.

ATTENTION :

*Pour pouvoir bénéficier de ce maintien des garanties, il vous faudra faire la demande d'adhésion dans **les six mois** qui suivront votre départ de l'entreprise. BPCE MUTUELLE vous adressera une proposition de maintien de couverture, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation de votre contrat de travail ou de la fin de la portabilité.*

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

Toutefois, si vous bénéficiez du maintien temporaire des garanties suite à une rupture de contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage [lire 1° En cas de rupture de contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage], ce délai de 6 mois commencera à courir à compter de la fin de la période de portabilité.

Vous pouvez contacter BPCE MUTUELLE pour connaître les nouvelles conditions de cette adhésion individuelle et volontaire.

Si vous souscrivez individuellement dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, sauf obligation légale en disposant expressément autrement, les garanties qui vous seront maintenues seront celles en vigueur au sein de votre entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail (ou de fin de période de maintien temporaire des garanties). Vous ne pourrez prétendre à aucune amélioration de garanties dans le cadre de ce nouveau contrat.



BPCE MUTUELLE vous propose en outre, hors cadre de l'article 4 de la loi Evin, **une couverture individuelle pour vous et vos ayants droit** dont les garanties peuvent évoluer et sans encadrement tarifaire, lorsque :

- VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU POUR QUELQUE CAUSE QUE CE SOIT (démission, licenciement, retraite, préretraite),
- OU Votre CDD arrive à expiration,
- OU VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU et il ne fait plus l'objet d'un maintien de salaire total ou partiel ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur (invalidité, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise, congé individuel de formation, longue maladie, détachement ou mise à disposition, préretraite n'entraînant pas la rupture du contrat de travail, etc.).

Vous pouvez contacter BPCE MUTUELLE pour connaître les conditions de cette adhésion.

3° SI VOTRE ENTREPRISE CESSE DE SOUSCRIRE LE PRESENT CONTRAT

Votre couverture santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, moyennant le versement

d'une cotisation différente dans le cadre d'une couverture spécifique, sous réserve que vous en fassiez la demande avant l'expiration du contrat.

JE DECEDE EN ACTIVITE

Vous êtes salarié et vous décédez, vos ayants-droit bénéficiaires de votre couverture collective santé peuvent, à leur demande, bénéficier à titre gratuit du maintien de cette couverture pendant 12 mois.

ATTENTION :

Pour pouvoir bénéficier de ce maintien des garanties, les intéressés doivent faire une demande d'adhésion auprès de BPCE MUTUELLE dans les six mois suivant votre décès.

RECLAMATIONS - MEDIATION

Les réclamations concernant l'interprétation du présent régime de frais de soins de santé doivent être formulées par votre employeur ou vous-même par courrier auprès de BPCE MUTUELLE à l'adresse suivante :

BPCE MUTUELLE – Service réclamations
7 rue Léon Patoux
CS 51032
51686 REIMS CEDEX 2

Après avoir vainement tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite adressée à la mutuelle, et en cas de désaccord persistant sur la réponse donnée par les services de BPCE MUTUELLE à la suite de la réclamation, vous pouvez saisir le médiateur de la FNMF en écrivant à l'adresse suivante :



MEDIATEUR DE LA FNMF
SERVICE MEDIATION
255 rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 19

Ou directement sur le site internet de la FNMF :
<http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>

Votre demande de médiation doit être adressée dans un délai qui ne peut pas être supérieur à 1 an à compter de la date de votre réclamation écrite adressée aux services de BPCE Mutuelle.

Votre demande ne pourra pas être examinée par le Médiateur si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou en cours d'examen par un autre médiateur, ou par un tribunal, ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

Dans ce cas, vous serez informé par le Médiateur, dans un délai de 3 semaines, à compter de la réception de votre dossier, du rejet de votre demande de médiation.

Durant la procédure de médiation, vous avez la possibilité de vous faire représenter, à votre charge, par un avocat ou de vous faire assister par toute personne de votre choix, et ce, à tous les stades de la procédure.

Vous avez par ailleurs la possibilité de solliciter l'avis d'un expert, dont les frais seront à votre charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais seront partagés entre les parties.

La procédure de médiation suspend la prescription, à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation, ou à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation.

La prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à 6 mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties, soit les deux, soit le médiateur déclare que la médiation est terminée.

PRESCRIPTION

Les actions dérivant du contrat se prescrivent par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.221-11 du code de la mutualité.

Ainsi, ce délai de 2 ans ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant, ainsi que pour les actions dérivant des opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont

les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 à 2246 du code civil : reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait, demande en justice (même en référé), mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après (causes spécifiques aux opérations d'assurance) : désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, le membre participant ou l'ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.



COMMENT SONT TRAITÉES MES DONNÉES ?

Protection des données à caractère personnel :

BPCE Mutuelle est amenée à traiter des données à caractère personnel dans le cadre de la gestion de votre contrat. Ces traitements sont soumis aux dispositions de la loi « Informatiques et Liberté » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit « Règlement Général sur la Protection des Données ». Ils visent notamment la distribution des contrats, leur exécution, le suivi et l'amélioration de notre offre, la gestion des risques, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

En vertu des textes susvisés, vous disposez d'un droit de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de portabilité des données personnelles vous concernant et qui feraient l'objet de traitements mis en œuvre par BPCE Mutuelle. Ces droits peuvent s'exercer conformément à la politique de protection des données à caractère personnel disponible sur le site Internet de BPCE Mutuelle.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

2ème partie : La mise en œuvre des garanties et services associés



A PARTIR DE QUELLE DATE PUIS-JE ETRE REMBOURSE ?

Conformément au CGN Santé, vous êtes couvert dès le premier jour du mois au cours duquel intervient votre adhésion, SANS DELAI DE CARENCE et sans questionnaire de santé, pour tous les soins engagés postérieurement à cette date (date de soins retenue par la Sécurité sociale).

COMMENT FAIRE POUR ETRE REMBOURSE ?

- SI VOUS BENEFICIEZ DE LA TELETRANSMISSION (lire « *Qu'est-ce que la télétransmission ?* ») et si votre professionnel de santé vous a fait régler la totalité de la facture **et vous a demandé votre carte vitale**, le remboursement complémentaire s'effectue automatiquement, sans intervention de votre part, par virement direct sur votre compte.
- SI VOUS BENEFICIEZ DE LA TELETRANSMISSION (lire « *Qu'est-ce que la télétransmission ?* ») et si votre professionnel de santé vous a fait régler la totalité de la facture **et vous a remis une feuille de soins**, il vous suffit d'adresser votre feuille de soins à votre Caisse d'Assurance maladie. Le remboursement complémentaire s'effectue automatiquement sans intervention de votre part, par virement direct sur votre compte.
- DANS TOUS LES CAS, si votre professionnel de santé ne vous a fait régler que la part mutuelle, il vous suffit d'adresser votre facture acquittée à BPCE MUTUELLE pour obtenir votre remboursement.

SI VOUS NE BENEFICIEZ PAS DE LA TELETRANSMISSION, VOUS DEVEZ ADRESSER A BPCE MUTUELLE votre décompte de Sécurité sociale, (lire « 3^{ème} partie : L'ETENDUE DES GARANTIES »), ET

LES EVENTUELS DECOMPTES D'AUTRES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.

COMMENT SUIS-JE REMBOURSE ?

Les remboursements de prestations de l'ensemble de la famille, adhérente à votre contrat, sont versés par virement sur votre compte bancaire.

QU'EST-CE QUE LA TELETRANSMISSION ?

La télétransmission correspond aux échanges automatisés entre la Sécurité sociale et BPCE MUTUELLE. Ce procédé d'échanges de données informatiques avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie vous évite l'envoi des décomptes de la Sécurité sociale à BPCE MUTUELLE.

En outre, vous recevez votre remboursement complémentaire consécutivement à celui de la Sécurité sociale.

Pour vous assurer de cette procédure, vérifiez bien que vos relevés de Sécurité sociale comportent la mention « Décompte transmis à la BPCE MUTUELLE/OU A VOTRE MUTUELLE » en entête, ou connectez vous dans votre espace personnel sur le site www.ameli.fr, et vérifiez que dans la rubrique « Mes informations », l'organisme complémentaire renseigné est bien BPCE MUTUELLE.

Nous vous conseillons de conserver vos décomptes Sécurité sociale pendant les 24 mois suivant la date des soins.

ATTENTION :

Pour vos ayants droit, ce procédé d'échange de données s'étend également aux régimes suivants :

- Clercs de notaire,
- Caisse Nationale Militaire,
- GAMEX
- Mutualité de la Fonction Publique
- MGEN
- MAGE
- RSI CAMPI et
- Caisses MSA (71 départements couverts au 1^{er} janvier 2017)
- Plusieurs régimes étudiants : MGEL, MEP, LMDE, SMEBA, SMENO, SMEREP, SMECO, SMEREB, SMERRA et VITTAVI.

Toutefois, il ne s'applique pas aux assurés bénéficiant d'un autre régime (SNCF, Travailleurs non salariés (TNS), autres mutuelles d'étudiants...). Pour ces cas les remboursements complémentaires s'effectueront donc sur présentation des originaux de vos décomptes.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

COMMENT METTRE EN ŒUVRE LA TELETRANSMISSION ?

Pour mettre en place la télétransmission, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE une copie des attestations de droits à la Sécurité sociale en cours de validité sur laquelle figurent vos coordonnées et celles de vos ayants droit. Cette attestation est téléchargeable sur ameli.fr, dans la rubrique « Mes démarches ».

ATTENTION :

La télétransmission ne peut être mise en place qu'avec un seul organisme complémentaire.

Pour vos enfants rattachés au numéro de Sécurité sociale de chacun de ses deux parents, la télétransmission peut être mise en place avec chacun d'eux, sous réserve d'adresser à BPCE MUTUELLE les deux attestations précisant le rattachement. Sachez toutefois qu'un seul numéro de Sécurité sociale apparaîtra par enfant, sur la carte de tiers payant, sans que cela n'ait d'incidence sur vos règlements.

Il est indispensable de signaler rapidement à la Mutuelle toute modification relative à un changement de numéro de Sécurité sociale ou de caisse de rattachement. A défaut la télétransmission ne pourrait pas être maintenue.

QU'EST-CE QUE LE TIERS PAYANT ?

Le tiers payant vous dispense de l'avance de trésorerie pour certains soins ou pour la délivrance de médicaments.

BPCE MUTUELLE vous assure le tiers payant a minima à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'Assurance maladie, effectués auprès d'un professionnel de santé de ville (médecins de ville, pharmaciens, laboratoires d'analyse, etc.) - à l'exception de ceux réalisés au cours d'une hospitalisation - sur simple présentation de votre carte de tiers payant.

Par ailleurs, si un professionnel de santé avec lequel vous êtes en contact (hôpital, clinique, laboratoire, radiologue...) ne pratique pas encore le tiers payant avec BPCE MUTUELLE, n'hésitez pas à transmettre ses coordonnées à la Mutuelle. Elle prendra contact avec lui pour lui proposer d'adhérer au tiers payant BPCE MUTUELLE à hauteur du ticket modérateur.

Sachez que les centres mutualistes le proposent systématiquement.

Le tiers payant pour la part mutuelle ne peut être pratiqué qu'en complément du tiers payant Sécurité sociale.

ATTENTION :

Si une convention pharmaceutique existe dans votre département et que vous réglez uniquement la part mutualiste, vous devez adresser à la Mutuelle un exemplaire de la facture subrogatoire qui vous sera remise par votre pharmacien, Pour d'autres soins (laboratoire d'analyses, radiologie...), si vous avez réglé uniquement la part mutualiste, vous devez adresser à la Mutuelle le reçu de votre paiement.

Réseau de soins

Depuis le 1^{er} janvier 2016, BPCE MUTUELLE vous donne accès au réseau de soins de Santéclair, qui pratique le tiers payant à hauteur des garanties. Ce réseau couvre la France entière, et vous permet d'accéder à sept réseaux de soins :

- opticiens,
- centres de chirurgie réfractive,
- soins dentaires
- chirurgiens dentaires,
- implantologues dentaires,
- audioprothésistes,
- ostéopathes et chiropracteurs,
- diététiciens.

Pour en bénéficier : présentez simplement votre carte de tiers payant BPCE MUTUELLE aux professionnels de santé partenaires du réseau.

(La liste des partenaires est accessible dans votre espace personnel sur le site internet : www.bpcemutuelle.fr)



COMMENT SUIS-JE INFORME DES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES ?

Le détail de vos virements peut être consulté immédiatement et en permanence sur le site Internet www.bpcemutuelle.fr

A partir de ce site internet, vous pouvez opter pour la dématérialisation et télécharger votre décompte de prestations, vous ne recevez plus alors de décompte papier. A chaque remboursement effectué par virement sur votre compte bancaire, un e-mail vous sera adressé vous informant que vous pouvez consulter et télécharger votre décompte en ligne. Pour bénéficier de ce service gratuit, il vous suffit de vous connecter sur le site Internet dans « ESPACE SANTE » et de vous identifier dans l'encadré « CONNECTEZ VOUS DANS VOTRE ESPACE SANTE » muni de votre numéro d'adhérent à 6 chiffres figurant sur votre carte mutualiste et de votre mot de passe (en cas d'oubli ou de première

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

connexion, suivre la procédure indiquée sur le site). Vous accédez ainsi à votre « ESPACE PERSONNEL ». Votre décompte est consultable à la rubrique « *téléchargement de décompte* ».

Si vous n'avez pas opté pour la dématérialisation, un relevé bimestriel papier, regroupant le détail de tous les remboursements effectués dans les 60 jours précédents, vous est adressé à domicile.

AI-JE UNE FORMALITE PARTICULIERE À REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT ?

Oui, il est absolument nécessaire de signaler à la Mutuelle si les soins dont vous demandez le remboursement font suite à un accident avec un tiers responsable.

En effet, conformément à l'article L.224-9 du code de la mutualité, BPCE MUTUELLE est subrogée de plein droit dans vos droits et actions, ou dans ceux de vos ayants droit, contre le tiers responsable, afin d'obtenir le remboursement des prestations versées.

Ce mécanisme de subrogation permet aux services de BPCE MUTUELLE de se mettre en relation avec l'organisme assureur du tiers responsable afin de recouvrer les sommes qu'elle vous a remboursées.

Vous devez donc, sous peine de déchéance de votre droit à prestations, pour les frais engagés suite à l'accident, et sauf cas de force majeure, faire auprès de BPCE MUTUELLE dans les 15 jours suivants l'accident causé par un tiers responsable, une déclaration sur l'honneur indiquant :

- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit,
- le nom des témoins,
- éventuellement les noms et adresses du ou des tiers responsables, et des compagnies d'assurance qui garantissent la responsabilité de ces tiers,
- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

Votre prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration, qui ne vous dispense nullement des formalités habituelles à remplir.

Vous devez informer BPCE MUTUELLE de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de vos intentions, et ce, à peine de déchéance.

Vous devez, de même, informer BPCE MUTUELLE de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant

opposable à BPCE MUTUELLE qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

Cette subrogation ne peut être exercée que pour poursuivre le remboursement des prestations ayant un caractère indemnitaire ; les sommes versées ayant un caractère personnel correspondant à la réparation des souffrances physiques ou morales, du préjudice esthétique et d'agrément ne sont pas concernées par la subrogation.

Si vous êtes victime de lésions imputables à un tiers (hors cas d'accident du travail et sous réserve d'avoir informé votre employeur 24 H après les faits), vous êtes également tenu d'en informer par tous moyens votre Caisse Primaire d'Assurance maladie dans les 15 jours qui suivent la survenue des lésions et de le signaler à votre médecin afin qu'il complète utilement la feuille de soins.

QUE SE PASSE-T-IL SI JE FAIS UNE FAUSSE DECLARATION ?

Si vous portez volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle, de manière à lui causer un préjudice moral ou financier (par exemple, décomptes de Sécurité sociale falsifiés, fausses ordonnances, etc.), vous pouvez être exclu, conformément au code de la mutualité et aux Statuts de BPCE MUTUELLE.

En cas de suspicion de fraude, BPCE MUTUELLE pourra décider de suspendre vos droits à prestations, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le sort de votre adhésion.

En cas de fraude constatée, vous ne pourrez pas demander le remboursement des cotisations que vous aurez versées, qui resteront acquises à BPCE MUTUELLE.

LUTTE CONTRE LA FRAUDE

BPCE MUTUELLE met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance. Dans ce cadre, vos données personnelles peuvent être utilisées à des fins d'évaluation et de suivi des risques, ainsi qu'en cas de contrôle interne.

Dans ce cadre, et conformément aux réglementations en vigueur, des données personnelles vous concernant (ou concernant vos ayants droit) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude, intervenant au sein ou au nom de BPCE MUTUELLE, mais aussi, si nécessaire, être

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

destinées au personnel des organismes directement concernés par une fraude (organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale).

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, vous devez fournir, lors de votre adhésion et en cas de demande faite par - ou pour le compte de - BPCE MUTUELLE, une pièce d'identité en cours de validité accompagnée d'un justificatif de domicile.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

3ème partie : L'étendue des garanties

Les garanties souscrites et le niveau des prestations auxquelles vous avez droit sont indiqués dans le tableau des garanties ci-après et respectent les dispositions relatives aux contrats responsables.

DISPOSITIONS GENERALES



BPCE MUTUELLE s'associe au dispositif du parcours de soins et respecte les dispositions législatives et réglementaires relatives au « contrat responsable ».

Dès lors, toute évolution de la réglementation relative au « cahier des charges des contrats responsables » modifiant notamment les interdictions ou les obligations de prise en charge pesant sur les organismes assureurs, sera immédiatement applicable au contrat.

Dans ce cadre, les garanties « Frais de Soins de Santé » accordées par BPCE MUTUELLE excluent la prise en charge :

- de la majoration du ticket modérateur à la charge de l'assuré, liée au défaut de choix du médecin traitant ou à la consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant, ou au défaut d'autorisation du patient de laisser le professionnel de santé accéder à son dossier médical personnel ;
- des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins sur les tarifs des actes cliniques et techniques pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- de la participation forfaitaire de 1 € (montant actuel), pour chaque acte médical, chaque consultation et pour tout acte de biologie pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale ;
- des franchises médicales laissées à la charge de l'assuré portant sur les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie (article L.160-13 du code de la sécurité sociale) suivants :

- médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- transports mentionnés à l'article L.160-8 du code de la sécurité sociale effectués en véhicule sanitaire ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

Toute autre majoration, dépassement d'honoraires, participation ou franchise, dont la prise en charge viendrait à être exclue par la réglementation en vigueur.

Conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, les garanties « Frais de Soins de santé » accordées par BPCE MUTUELLE prennent en charge :

- l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 du code de la sécurité sociale (« ticket modérateur ») à l'exception des spécialités homéopathiques ;
- les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel, soumis au remboursement de la sécurité sociale, à hauteur des minimas et dans la limite des maximas prévus à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale ;
- le forfait journalier supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers, sans limitation de durée ;
- toute nouvelle obligation de prise en charge qui serait introduite dans le « cahier des charges du contrat responsable ».

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, BPCE MUTUELLE assure aux adhérents le tiers-payant *a minima* à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale, pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'Assurance

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

maladie, effectués auprès d'un professionnel de santé de ville – à l'exception de ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.

Actes de prévention

Les garanties du CGN Santé prennent en charge les actes de prévention listés par l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils donnent lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Remboursement des prestations dues

ATTENTION :

Les demandes de prestations doivent être adressées à BPCE MUTUELLE dans les 24 mois suivant la date des soins, sous peine de déchéance.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité sociale ou, le cas échéant, le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,
- l'original du décompte et du règlement fait par un autre organisme.

Par ailleurs, lorsqu'elle le juge nécessaire, BPCE MUTUELLE se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

Vous pouvez toutefois être dispensé de produire certaines pièces justificatives dans le cadre de la mise en œuvre de procédés d'échanges de données conventionnellement acceptés par BPCE MUTUELLE.

Les prestations dues sont calculées acte par acte, pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale et engagés au titre de maladies, accidents ou maternités.

Les indemnités forfaitaires peuvent être exprimées en pourcentage du salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de chaque année.

ATTENTION : si, intentionnellement, à l'appui d'une demande de prestations, vous fournissez de faux renseignements ou si vous usez de documents faux et/ou dénaturés, vous serez déchu de tout droit à prestation pour la demande de remboursement concernée.

Demande préalable de devis

Lorsque vous devez réaliser des soins de santé, notamment dans le cadre d'une hospitalisation prévue, ou des soins dentaires par exemple, nous vous conseillons de demander au professionnel de santé qu'il vous établisse – au préalable - un devis.

De cette manière, en adressant ce devis à BPCE MUTUELLE, vous pourrez connaître le montant du remboursement auquel vous pourrez prétendre, ainsi que l'éventuel reste à charge que vous pourriez avoir.

Frais de soins de santé engagés à l'étranger

Lorsque des soins sont effectués à l'étranger, BPCE MUTUELLE :

- intervient si les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale française, sur la base « reconstituée » des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale française en vigueur à la date de soins ;
- **n'intervient pas lorsque les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale française, mais que cette dernière refuse d'intervenir.**

Plafonnement du remboursement des prestations aux frais réels

Le montant des remboursements ne peut en aucun cas excéder le montant de la dépense réellement effectuée.

Les remboursements sont effectués déduction faite des prestations servies par le régime obligatoire (Sécurité sociale, RSI, MSA, etc...), et éventuellement de celles versées par un, voire plusieurs, autre(s) organisme(s) complémentaire(s).

A ce titre, si vous bénéficiez de plusieurs couvertures complémentaires, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE, au moment de la demande de prise en charge d'une prestation, le décompte des remboursements effectués par vos autres couvertures complémentaires, sous peine de déchéance de votre droit à remboursement de la prestation par BPCE MUTUELLE.

Les frais médicaux chez un professionnel de santé non conventionné sont remboursés par rapport au tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

Pour les membres de votre famille, la prestation complémentaire due vient en complément du niveau de remboursement prévu par le Régime général ou local de la Sécurité sociale dont vous relevez, même s'ils relèvent d'un autre régime.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

Le détail des remboursements correspondant à votre contrat est donné par le tableau de garanties joint à la présente notice.

ATTENTION :

Ne donnez pas le détail de vos garanties aux praticiens (chirurgiens dentistes, opticiens, audio-acousticiens...). Ils n'ont pas besoin de connaître votre niveau de remboursement pour établir leurs devis et factures d'honoraires.

En cas de versement de prestations indues, vous devez en informer la Mutuelle dans les plus brefs délais et procéder à leur remboursement.

Ainsi, si des frais sont engagés en dehors de la période d'affiliation et qu'ils donnent lieu à une prise en charge par BPCE MUTUELLE, vous devrez intégralement les rembourser.

Contrôle

BPCE MUTUELLE se réserve la faculté de vous – ou vos ayants droit - faire examiner par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties.

En cas de refus de se soumettre à ce contrôle médical, vous ou vos ayants droit, pouvez être déchus de vos droits à remboursement au titre de cette prestation ; les actes à l'origine du contrôle ne seront alors pas remboursés.

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin, vous pouvez demander un examen amiable contradictoire entre le médecin contrôleur et un médecin de votre choix parmi une liste proposée d'experts, les frais étant supportés par moitié entre vous et BPCE MUTUELLE. Votre médecin peut être présent mais les honoraires seront alors entièrement à votre charge.

En cas de désaccord persistant, et en dernier recours, vous pourrez saisir le tribunal compétent.

DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES PRESTATIONS

Conformément aux dispositions de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, lorsque la garantie prévoit le remboursement des dépassements tarifaires des médecins, la prise en charge de ces dépassements tarifaires diffère selon que le médecin est ou non adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, c'est-à-dire à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

Lorsque le médecin n'est pas adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, la prise en charge des dépassements tarifaires :

- ne peut excéder 100 % du tarif opposable de la Sécurité sociale, et
- est inférieure au montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Ainsi, à titre d'exemple, le remboursement de la Mutuelle est exprimé :

- «*TM + 100% BR*» si le médecin généraliste est adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- «*TM + 80% BR*» si le médecin généraliste n'est pas adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

ATTENTION NE SONT PAS PRIS EN CHARGE :

- *les frais, actes médicaux ou hospitalisation engagés antérieurement au 1^{er} jour d'adhésion ou de modification de garantie ;*
- *les frais de cures d'amaigrissement ou de rajeunissement, les frais d'interventions dites esthétiques non pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale ;*
- *le placement en maison de retraite, le séjour en établissement thermal sauf en cas de cure médicalement justifiée ;*
- *les frais à caractère personnel, tels que journaux, télévision, téléphone, suppléments hôteliers, services et prestations diverses ;*
- *les frais de soins de santé engagés à l'étranger, pris en charge par la Sécurité sociale française mais pour lesquels celle-ci refuse d'intervenir ;*
- *les soins hors nomenclature ;*
- *les frais de chambre particulière lorsque l'hospitalisation ne fait pas l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires ;*
- *les appareillages ne figurant pas sur la liste des produits et préparations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire ;*
- *l'appareil auditif non pris en charge par le régime obligatoire ;*
- *les frais d'orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire ;*
- *les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale française ;*

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

- **les frais d'hébergement liés à une cure thermale, qu'ils soient pris en charge ou non par la Sécurité sociale ;**
- **les frais de kinésithérapeute facturés pendant la cure thermale**

HOSPITALISATION (y compris maternité)



SI JE SUIS HOSPITALISE, DOIS-JE FAIRE L'AVANCE DES FRAIS ?

Non. Informez la Mutuelle du lieu, de la date et de la nature de votre hospitalisation et elle vous délivrera une prise en charge vous évitant de faire l'avance des frais tels que le ticket modérateur, le forfait journalier et la chambre particulière, sur la base des garanties contractuelles.

En règle générale, c'est l'établissement hospitalier qui se charge de cette démarche.

En revanche, vous devez faire l'avance des dépassements d'honoraires.

Ils vous sont ensuite remboursés, dans la limite prévue contractuellement, sur présentation de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

Exemple : au cours d'une hospitalisation, pour les honoraires d'un montant de 80 € d'une cardiologue adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, vous serez remboursé de la manière suivante :

Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 49 €
Remboursement Sécurité sociale (80 % de la BR) : 39,20 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à TM + 120 % BR soit 9,80 € + 58,80 € = 68,60 € maximum), ce qui représente 40,80 €.

► Vous n'aurez donc aucun reste à charge.

En revanche, si le spécialiste n'est pas adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, vous serez remboursé de la manière suivante :

Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 45,73 €
Remboursement Sécurité sociale (80 % de la BR) : 36,58 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à TM + 100 % BR soit 9,15 € + 45,73 € = 54,88 € maximum) ce qui représente 43,42 €.

► Vous n'aurez donc aucun reste à charge.

En cas d'hospitalisation pour cause de maternité, BPCE MUTUELLE vous rembourse les frais de chambre particulière sur la base des garanties contractuelles.

LE FORFAIT HOSPITALIER EST-IL REMBOURSE ?

Le montant du forfait journalier hospitalier varie en fonction de la spécialité médicale concernée. Ainsi, par exemple, en 2018, le forfait journalier hospitalier est pris en charge aux frais réels, et ce quelle que soit la durée de l'hospitalisation et sans limitation de durée.

SI JE PRENDS UNE CHAMBRE PARTICULIERE ?

Les frais de chambre particulière sont pris en charge sur la base des garanties contractuelles et dans la limite des frais réels, **sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire.**

Exemple : pour 5 nuits à l'hôpital dans une chambre particulière à 60 € la nuit (soit 300 €), vous serez remboursé de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale : 0 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à 50 € / jour) ce qui représente 250 €.

► Le reste à charge sera de 50 €.

ET SI MON ENFANT EST HOSPITALISE ?

Afin de vous permettre de rester auprès de votre enfant de moins de 15 ans, ayant droit de votre contrat, la Mutuelle prend en charge, sur la base des garanties contractuelles, le coût du lit et des repas facturés par l'établissement hospitalier ou une maison d'accueil pour un accompagnant.

MON HOSPITALISATION EN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE EST-ELLE PRISE EN CHARGE ?

Oui. La Mutuelle délivre une prise en charge pour ce type d'hospitalisation ainsi que pour les séjours en maison de repos, aérium, maison d'enfants, etc. lorsque ceux-ci font l'objet d'une prise en charge par votre régime de Sécurité sociale.

MEDECINE COURANTE



COMMENT SONT REMBOURSES LES ACTES DE MEDECINE COURANTE ?

Dans tous les cas, BPCE MUTUELLE rembourse vos frais médicaux sur la base d'un pourcentage déterminé de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR), conformément aux garanties contractuelles et dans la limite des frais réellement engagés.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

Pour savoir si votre médecin est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les Chirugiens Obstétriques) [cf. supra « Dispositions particulières à certaines prestations »], il suffit de vous rendre sur le site www.ameli-direct.fr, qui recense l'ensemble des médecins et de vérifier le votre.

Exemple : Pour une consultation d'un montant de 60 € chez un spécialiste adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, médecin correspondant pour un suivi régulier dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous serez remboursé de la manière suivante :

*Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 30 €
Remboursement Sécurité sociale (70% de la BR) : 21 €
Participation forfaitaire prélevée par la Sécurité sociale : 1 €*

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à TM + 200% BR soit 9 € + 60 € = 69 € maximum) ce qui représente 39 €.

► *Le reste à charge sera égal au montant de la participation forfaitaire, soit 1 €*

En revanche, si le spécialiste n'est pas adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, vous serez remboursé de la manière suivante :

*Base de Remboursement Sécurité sociale (BR) : 23 €
Remboursement Sécurité sociale (70% de la BR) : 16,10 €*

Participation forfaitaire prélevée par la Sécurité sociale : 1 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à TM + 100% BR soit 6,9 € + 23 € = 29,90 € maximum) ce qui représente 29,90 €.

► *Le reste à charge sera de 15 € (participation forfaitaire de 1 € incluse).*

APPAREILLAGE



J'AI BESOIN D'UN APPAREIL AUDITIF

QUELLES SONT LES FORMALITES NECESSAIRES ?

La prise en charge de l'appareil auditif porte **exclusivement sur les frais remboursés par le régime de Sécurité sociale**. La garantie prévoit un remboursement sur la base d'un forfait par oreille et par an.

Exemple : pour l'achat de deux prothèses auditives adultes à 1 000 € chacune, vous serez remboursé de la manière suivante :

Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 199,71 €

Remboursement Sécurité sociale (60 % de la BR) : 119,83 € par prothèse soit 239,66 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à TM + 600 € par oreille soit 159,76 € + 1 200 € = 1 359,76 € maximum) ce qui représente 1 359,76 €.

► *Le reste à charge global sera de 400,58 €.*

QUELLE EST LA DIFFERENCE ENTRE LE PETIT ET LE GRAND APPAREILLAGE ?

Le petit appareillage est un dispositif matériel permettant de compenser une fonction organique déficiente (par exemple, une cheville, une attelle, des bas de contention, etc...).

Le grand appareillage quant à lui concerne notamment les prothèses oculaires et maxillo-faciales, ainsi que les véhicules pour personnes handicapées physiques.

Pour être pris en charge, ces appareillages doivent figurer sur la liste des produits et préparations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire et pris en charge par la Sécurité sociale.

DENTAIRE



J'AI BESOIN D'UNE PROTHESE DENTAIRE QUELLES SONT LES PRESTATIONS COUVERTES ?

La prise en charge des prothèses dentaires porte **exclusivement sur les frais remboursés par le régime de Sécurité sociale**, conformément aux garanties contractuelles.

Vos frais d'implants non pris en charge par le régime de Sécurité sociale sont remboursés conformément aux garanties contractuelles et dans la limite des frais réellement engagés.

Exemple : pour la pose de deux prothèses dentaires acceptées (couronnes) à 1300 € (650 € par prothèse) vous serez remboursé de la manière suivante :

Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 107,50 €

Remboursement Sécurité sociale (70 % de la BR) : 75,25 € par prothèse soit 150,50 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à TM + 350% BR par prothèse dentaire soit 64,50 € + 752,50 € = 817 € maximum) ce qui représente 817 €.

► *Le reste à charge sera de 332,50 €.*

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

J'AI BESOIN DE REMPLACER UNE DENT MANQUANTE QUELLES SOLUTIONS AI-JE ?

Le remplacement d'une dent manquante peut être réalisé par deux procédés : la pose d'un bridge ou d'un implant.

Le bridge nécessite le placement de couronne sur les dents adjacentes. Il est donc composé au minimum de 3 éléments. Toutefois, il est possible d'ajouter des inter de bridge supplémentaires lorsque plusieurs dents sont manquantes. L'implant est quant à lui indépendant.

Attention : Sachez que la pose d'un implant n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale, et sera remboursée conformément aux garanties contractuelles, et dans la limite des frais réellement engagés.

Exemple : pour la pose d'un bridge 3 éléments à 1 500 €, vous serez remboursé de la manière suivante :

Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 279,50 €

Remboursement Sécurité sociale (70 % de la BR) : 195,65 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à TM + 1 170 € soit 83,85 € + 1 170 € = 1 253,85 € maximum) ce qui représente 1 253,85 €.

► Le reste à charge sera de 50,50 €.

Pour la pose de 3 implants dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale dans l'année à 900 € par implant (dont 750 € par implant racinaire et 150 € par pilier implantaire) soit 2 700 €, vous serez remboursé de la manière suivante :

Remboursement Sécurité sociale : 0 €

Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à 600 € l'implant dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire, limité à 3 implants par an soit 1 800 € maximum) ce qui représente 1 800 €.

► Le reste à charge sera de 900 €.

QUELS SONT LES FRAIS D'ORTHODONTIE PRIS EN CHARGE ?

Seuls sont pris en charge les frais d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

QU'EST CE QUE LA PARODONTOLOGIE REFUSEE ?

La parodontologie consiste dans le traitement des tissus de soutien de la dent.

La Sécurité sociale rembourse les quatre actes suivants au titre des soins dentaires : la prothèse attelle de contention, le détartrage complet sous et sur gingival, l'attelle métallique ainsi que la ligature métallique.

En dehors de ces actes, vos frais de parodontologie refusée sont remboursés conformément aux garanties contractuelles, et dans la limite des frais réellement engagés, sur présentation d'une facture détaillée.

QUELLES SONT LES FORMALITES A REMPLIR POUR OBTENIR MES REMBOURSEMENTS EN DENTAIRE ?

Pour tous les soins pris en charge par le régime de Sécurité sociale :

Dans un 1^{er} temps, vous devez adresser votre feuille de soins à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (sauf si le professionnel a utilisé votre carte vitale).

Dans un second temps,

- Si vous bénéficiez de la télétransmission, le remboursement BPCE MUTUELLE s'effectue automatiquement dès lors que vous avez réglé la totalité des soins.
- Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE votre décompte de remboursement de Sécurité sociale et la facture acquittée.

Si vous avez bénéficié d'un tiers-payant Sécurité sociale ou si vos soins ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale (ex : implants) :

- Vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la facture acquittée de votre dentiste.

OPTIQUE



QU'EST-CE QU'UN « EQUIPEMENT OPTIQUE » ?

L'équipement optique se compose d'une monture et de deux verres.

Dans le cadre de la prise en charge de l'équipement, la monture ne peut pas être remboursée au-delà du montant indiqué aux garanties contractuelles.

Conformément à la réglementation des contrats responsables, en fonction de votre correction, le remboursement de la Mutuelle doit respecter les planchers et plafonds de prise en charge définis par la réglementation, incluant le ticket modérateur, à savoir :

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

Equipement = monture + 2 verres	Plancher*	Plafond*
a) équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	100 €	470 €
b) équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c	150 €	610 €
c) équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	200 €	750 €
d) équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f	150 €	660 €
e) équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f	200 €	800 €
f) équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	200 €	850 €

* les planchers et plafonds indiqués dans le tableau incluent le ticket modérateur.



Lorsque vous bénéficiez de plusieurs couvertures Frais de soins de santé, le remboursement effectué par BPCE Mutuelle, lorsqu'elle intervient en 2nde mutuelle, au titre de l'équipement, **interviendra sous déduction de la Sécurité sociale et des remboursements précédemment effectués par les autres mutuelles afin de respecter, au total, les plafonds mentionnés ci-dessus.**

BPCE Mutuelle se réserve donc le droit de vous demander tous les renseignements complémentaires pour effectuer la prise en charge de vos dépenses.

COMMENT SONT DECOMPTES LES EQUIPEMENTS « MONTURE ET VERRES » ?

Un équipement tous les 2 ans pour les adultes

Votre équipement optique est pris en charge une fois tous les deux ans, **de date à date**, à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (verre ou monture).

Exemple : Vous utilisez votre forfait monture le 5 mars 2018, il est reconstitué 2 ans après votre première utilisation, soit le 5 mars 2020.

Si vous avez utilisé partiellement votre forfait lors de l'acquisition et que vous avez besoin d'un nouvel équipement avant l'expiration du délai de deux ans, la prise en charge de BPCE MUTUELLE ne pourra intervenir qu'après l'expiration de ce délai, sauf évolution de votre vue nécessitant un nouvel équipement ; dans ce cas vous rentrez dans la situation évolution de la vue décrite ci-après.

Un équipement par an pour les mineurs ou, pour les adultes, en cas d'évolution de la vue

Pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour un adulte, la prise en charge de l'équipement optique s'effectue chaque année, **de date à date**, à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (verre ou monture). Dans ce dernier cas, le remboursement de BPCE MUTUELLE sera effectué sur présentation du décompte de Sécurité sociale et des justificatifs médicaux (factures et ordonnances des deux équipements faisant apparaître – si possible – la mention « Changement de vue » et décompte du régime obligatoire).

Dans le cas d'achat de 2 équipements « vision de près » et « vision de loin », BPCE MUTUELLE interviendra sur les 2 équipements tous les 2 ans, à condition de produire tous les justificatifs nécessaires par courrier prouvant la double correction visuelle.

Exemple : pour l'achat d'un équipement optique adulte avec une monture (135 €), un verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4 dioptries, sphère comprise entre -6 à +6 dioptries (100€) et un verre blanc multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, dont la sphère est comprise entre -8 à +8 dioptries (225€), soit une dépense totale de 460 €. Le remboursement de l'équipement est encadré avec un plancher à 150 € et un plafond à 610 €. Vous serez remboursé de la manière suivante :

Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 2,84 € pour la monture, 3,66 € pour le 1^{er} verre, et 10,37 € pour le 2nd verre.

Remboursement Sécurité sociale (60 % de la BR) : 1,70 € pour la monture, 2,20 € pour le 1^{er} verre et 6,22 € pour le 2nd verre.

Remboursement BPCE Mutuelle pour la monture (100 € - RSS) : 98,30 €

Remboursement BPCE Mutuelle pour les verres (jusqu'à 2340 % de la BR) : 85,64 € pour le 1^{er} verre et 218,78 € pour le 2nd verre, donc 304,42 € pour les deux verres.

Remboursement de l'équipement par la mutuelle : 402,72 €.

► Le reste à charge sera de 47,16 €.

Exemple : pour l'achat d'un équipement optique adulte monture + 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

cylindrique, sphères comprises entre -8 et +8 dioptries, soit une dépense totale de 610 € (monture 110 € et 250 € par verre). Le remboursement de l'équipement est encadré avec un plancher à 200 € et un plafond à 750 €. Vous serez remboursé de la manière suivante :

Base de remboursement Sécurité sociale (BR) : 2,84 € pour la monture et 10,37 € par verre

Remboursement Sécurité sociale (60 % de la BR) : 1,70 € (monture) et 6,22 € (par verre) soit 14,14 €

Remboursement BPCE Mutuelle :

jusqu'à 100 € – RSS soit 98,30 € pour la monture et jusqu'à 2340% de la BR pour les verres, soit 2340% x 10,37 € x 2 verres = 485,32 € maximum

Remboursement de l'équipement par la mutuelle : 583,62 €

► Le reste à charge sera de 12,24 €.

COMMENT EST DECOMPTE LE FORFAIT LENTILLES ?

Votre forfait lentilles est totalement « reconstitué » tous les deux ans, de date à date à compter de la première acquisition de lentilles.

Exemple : Vous utilisez votre forfait lentilles pour la première fois le 5 mars 2018, il est totalement reconstitué 2 ans après votre première utilisation, soit le 5 mars 2020.

Si vous n'avez utilisé que partiellement votre forfait lors de vos dernières acquisitions et que vous avez besoin de nouvelles lentilles avant l'expiration du délai de deux ans, la prise en charge de BPCE MUTUELLE sera limitée au forfait, déduction faite des précédents remboursements de la mutuelle.

Exemple : si votre forfait est de 300 € et que, lors de votre premier achat le 5 mars 2018, vous avez utilisé 155 €, la prise en charge de la mutuelle d'ici au 5 mars 2020 sera limitée à 145 €.

Pour les lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la facture acquittée remise par votre praticien pour en obtenir le remboursement conformément aux garanties contractuelles.

JE DOIS CHANGER MES LUNETTES (OU MES LENTILLES).

QUELLES SONT LES FORMALITES NECESSAIRES ?

Dans un 1^{er} temps, pour les montures, les verres et les lentilles prises en charge par le régime de Sécurité sociale, vous devez adresser votre feuille de soins accompagnée de votre ordonnance à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Dans un second temps,

- Si vous bénéficiez de la télétransmission, le remboursement BPCE MUTUELLE

s'effectue automatiquement, dès lors que vous avez réglé la totalité des soins.

- Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE votre décompte de remboursement de Sécurité sociale ainsi que la prescription médicale.

Si vous avez bénéficié d'un tiers-payant Sécurité sociale ou si vos lentilles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la facture acquittée de votre opticien ainsi que la prescription médicale.

Réseau de soins

Votre garantie vous donne accès au réseau de soins de Santéclair, qui vous propose des services privilégiés, comme la garantie « casse », sans franchise et valable 2 ans.

Nous vous conseillons de vous rapprocher d'un opticien partenaire du réseau Santéclair pour obtenir des renseignements complémentaires.

J'ENVISAGE UNE OPERATION DE CHIRURGIE REFRACTIVE.

Votre garantie prévoit le versement d'un forfait limité à une opération par œil par an, pour cause de myopie, d'astigmatie ou d'hypermétropie.

S'agissant de soins non pris en charge par la Sécurité sociale, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE la facture acquittée précisant la nature de l'intervention, remise par votre praticien pour en obtenir le remboursement conformément aux garanties contractuelles.

NAISSANCE / ADOPTION

L'ACCOUCHEMENT EST POUR BIENTOT DOIS-JE ACCOMPLIR UNE FORMALITE PARTICULIERE ?

Non. Après l'accouchement, vous devrez envoyer à BPCE MUTUELLE un extrait d'acte de naissance ; un forfait naissance sera alors versé par enfant.

La naissance de l'enfant doit être postérieure à la date d'adhésion du participant.

Le versement du forfait est conditionné à l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant droit du contrat dans les 3 mois suivant sa naissance.

Le montant versé est celui en vigueur au jour de l'évènement, conformément aux garanties contractuelles.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

En cas de naissance au sein d'un couple, tous deux salariés de l'entreprise, un seul forfait naissance est versé si l'un est ayant droit de l'autre.

EN CAS D'ADOPTION, AI-JE DROIT AU VERSEMENT D'UN FORFAIT ADOPTION ?

Oui. En cas d'adoption d'un enfant mineur, vous devrez envoyer à BPCE MUTUELLE une copie du certificat d'adoption ; un forfait adoption vous sera alors versé par enfant.

L'adoption d'un enfant doit être postérieure à la date d'adhésion du participant.

Le versement du forfait est conditionné à l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant droit du contrat dans les 3 mois suivant son adoption.

Le montant versé est celui en vigueur au jour de l'évènement, conformément aux garanties contractuelles.

En cas d'adoption au sein d'un couple, tous deux salariés de l'entreprise, un seul forfait adoption est versé si l'un est ayant droit de l'autre.

CURE



EN CAS DE CURE THERMALE, QUELLE EST LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE ?

Si votre cure est soumise à une demande d'entente préalable auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, une somme forfaitaire vous sera versée. Le forfait cure est annuel.

Cette prestation vient s'ajouter à la part réglée par la Sécurité sociale.

Les frais de cures thermales comprennent les frais médicaux et les frais de transport et d'hébergement.

BPCE MUTUELLE prend en charge :

- Le forfait de surveillance au titre de la médecine courante (consultations, actes médicaux),
- Le forfait thermal avec une participation forfaitaire prévue dans la grille de garanties,
- Les frais de transport, en cas d'intervention de la Sécurité sociale, au

titre de la garantie « frais de transport », dont le montant est défini par les garanties contractuelles.

En revanche, BPCE MUTUELLE n'intervient pas sur :

- Les frais d'hébergement liés à la cure, qu'ils soient pris en charge ou non par la Sécurité sociale,
- Sur les frais de kinésithérapeute facturés pendant la cure qui sont déjà pris en charge au titre du forfait thermal.

Concernant la thalassothérapie, le même forfait est versé s'il y a intervention de la Sécurité sociale.

MEDECINE DOUCE



QUELLE EST LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE ?

Les séances chez un chiropracteur, un acupuncteur, un ostéopathe, un étiope, un diététicien, un psychomotricien ou un pédicure - reconnu professionnellement et habilités à effectuer de tels actes - sont prises en charge dans les limites des garanties contractuelles.

Sont reconnus professionnellement :

- les ostéopathes inscrits au répertoire ADELI ;
- les chiropracteurs, acupuncteurs, étiope, diététiciens, psychomotriciens et pédicures, titulaires d'un diplôme reconnu et enregistrés comme tels par les annuaires professionnels.

Le remboursement s'effectue, dans la limite des frais engagés, sur présentation d'une facture acquittée précisant clairement la spécialité du praticien.

Le forfait « médecine douce » est apprécié par année civile, dans la limite du nombre de séances définies dans la grille de garantie.

*Exemple : pour 3 séances d'ostéopathie à 60 € la séance, vous serez remboursé de la manière suivante :
Remboursement Sécurité sociale : 0 €
Remboursement BPCE Mutuelle (jusqu'à 50 € par séance limité à 3 séances par an) ce qui représente 150 €*

► Le reste à charge sera de 30 €.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

ACTES DE PREVENTION

QUELS SONT LES ACTES DE PREVENTION PRIS EN CHARGE PAR LA MUTUELLE ?

Dans le cadre des objectifs de santé publique fixés par les autorités publiques, la garantie prévoit la prise en charge de l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies par les garanties contractuelles.

AUTRES FRAIS

QUELLE EST LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE ?

L'ensemble des frais donnant lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale est remboursé par BPCE Mutuelle, sauf prise en charge contractuelle supérieure, à hauteur du ticket modérateur (à l'exception des spécialités homéopathiques).

ASSISTANCE

QU'EST CE QUE L'ASSISTANCE ?



Le contrat collectif dont vous bénéficiez propose des garanties d'assistance branche 18 couvertes auprès d'IMA, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège sociale est situé 118 avenue de Paris CS 40000 – 79 033 Niort cedex 9, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 481 511 632 – au nom et pour le compte des adhérents au contrat collectif santé de BPCE MUTUELLE.

Les garanties d'assistance sont portées et gérées par l'assureur, IMA. A ce titre, IMA est l'interlocuteur privilégié du participant pendant toute la durée de son adhésion.

Les prestations proposées par IMA complètent l'offre de complémentaire santé de BPCE MUTUELLE. Ces garanties d'assistance ont pour vocation, en vous apportant des services d'accompagnement, notamment de l'aide ménagère, de la garde d'enfants, du soutien scolaire, du soutien psychologique ; autant de services qui vous permettent de vous organiser si vous, ou l'un de vos proches, connaissez des aléas de santé

Afin de réaliser ces garanties d'assistance, IMA fait appel à ses ressources expertes internes (travailleurs sociaux, experts médicaux, ergothérapeutes, etc.), mais également à un réseau de prestataires et met à votre disposition une plateforme d'assistance, disponible 24h/24 et 7 jours sur 7.

L'ensemble des garanties d'assistance sont détaillées par la Notice d'information rédigée par IMA.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

QUELS JUSTIFICATIFS FOURNIR POUR VOS REMBOURSEMENTS EN SANTE* ?

		Vous bénéficiez de la télétransmission		Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission
		Vous avez réglé la totalité de la facture	Vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur et/ou dépassement d'honoraires)	
FRAIS D'HOSPITALISATION (Frais de séjour, frais de chambre particulière, frais d'accompagnement, etc...)		Facture détaillée et acquittée ou Avis des sommes à payer + reçu de paiement	Facture détaillée et acquittée ou Avis des sommes à payer + reçu de paiement	Décompte du Régime obligatoire + Facture détaillée et acquittée ou Avis des sommes à payer + reçu de paiement
FRAIS MEDICAUX (consultations, pharmacie, analyses, radiologie, etc...)		(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée
PROTHESES AUDITIVES		(Rien à envoyer)	Facture détaillée acquittée + prescription médicale ¹	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée + prescription médicale ¹
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES		(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée
IMPLANT DENTAIRE		Facture acquittée précisant le n° de la dent concernée, le montant et la désignation précise de l'acte	-	Facture acquittée précisant le n° de la dent concernée, le montant et la désignation précise de l'acte
PARODONTOLOGIE REFUSEE		Facture acquittée précisant le n° de la dent concernée, le montant et la désignation précise de l'acte	-	Facture acquittée précisant le n° de la dent concernée, le montant et la désignation précise de l'acte
ORTHODONTIE ACCEPTEE		(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée
EQUIPEMENT OPTIQUE	Equipement simple (monture + verres)	(Rien à envoyer)	Facture détaillée et acquittée + prescription médicale ¹	Décompte du Régime obligatoire + Facture détaillée et acquittée + prescription médicale ¹

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

	Double équipement vision de près/vision de loin (2 montures + 2 paires de verres)	Ordonnances des deux équipements + facture détaillée et acquittée	Facture détaillée acquittée + ordonnance des deux équipements	Décompte du Régime obligatoire + Facture détaillée et acquittée + Ordonnance des deux équipements
	Renouvellement de moins de 2 ans de l'équipement simple (monture + 2 verres) lié à une évolution de la vue	Factures et ordonnances des deux derniers équipements	Décompte du Régime obligatoire + prescription médicale ¹ précisant le changement de correction ou facture précisant la nouvelle correction + ancienne prescription	Décompte du Régime obligatoire + Ordonnance des deux équipements
LENTILLES	Acceptées	(Rien à envoyer)	Facture acquittée + prescription médicale ¹	Décompte du Régime obligatoire + facture acquittée + prescription médicale ¹
	Refusées	Facture acquittée + prescription médicale ¹	-	Facture acquittée + prescription médicale ¹
OPERATION DE CHIRURGIE REFRACTIVE		Facture acquittée + prescription médicale ¹ précisant la nature de l'intervention	-	Facture acquittée détaillée + prescription médicale ¹ précisant la nature de l'intervention
CURES THERMALES		(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du régime obligatoire + Facture acquittée
MEDECINE DOUCE		Facture détaillée et acquittée précisant la spécialité du professionnel de santé, ses coordonnées, ses diplômes, la date des soins et le nom du bénéficiaire des soins ainsi que le montant réglé	-	Facture détaillée et acquittée précisant la spécialité du professionnel de santé, ses coordonnées, ses diplômes, la date des soins et le nom du bénéficiaire des soins ainsi que le montant réglé
NAISSANCE/ADOPTION		Acte de naissance ou extrait du livret de famille ou copie du certificat d'adoption	-	Acte de naissance ou extrait du livret de famille ou copie du certificat d'adoption

* BPCE Mutuelle mène, conformément à la réglementation, une procédure de lutte contre la fraude à l'assurance. Dans ce cadre, elle se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

¹ La prescription médicale peut être adressée au médecin conseil de BPCE Mutuelle, sous pli confidentiel, à l'adresse suivante : BPCE Mutuelle – Médecin Conseil – 7 rue Léon Patoux CS 51032 – 51686 Reims Cedex 2

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

4^{ème} partie : Informations sur BPCÉ MUTUELLE (hors contrat)

LE RESEAU DE SOINS SANTECLAIR



Votre adhésion à BPCÉ MUTUELLE vous donne accès au réseau de soins de Santéclair.

Ce réseau couvre la France entière, et vous permet d'accéder à sept réseaux de soins regroupant à ce jour plus de 7 500 professionnels de la santé :

- opticiens,
- centres de chirurgie réfractive,
- chirurgiens dentaires,
- implantologues dentaires,
- audioprothésistes,
- ostéopathes et chiropracteurs,
- diététiciens.

La mention Santéclair figure sur votre carte de tiers payant et vous permet de bénéficier des avantages de ce réseau de soins.

L'adhésion à ce réseau de soins a pour objet de :

- diminuer vos dépenses de santé,
- vous garantir des soins de qualité,
- vous informer et vous conseiller sur les solutions les plus adaptées à vos besoins.

Santéclair a négocié avec les professionnels de la santé partenaires des tarifs maximums.

A titre d'exemple, Santéclair indique qu'en optique, pour un verre strictement identique, ces tarifs négociés sont en moyenne 40 % moins cher chez les opticiens du réseau que chez les opticiens hors réseaux.

De plus, sur présentation de votre carte de tiers payant BPCÉ Mutuelle, vous pourrez bénéficier chez cet opticien de la dispense d'avance de frais hors reste à charge.

Si vous souhaitez consulter un praticien qui n'appartient pas à l'un des réseaux Santéclair, vous pourrez également obtenir des analyses de devis conseil.

Les coordonnées des professionnels de santé partenaires du réseau Santéclair sont accessibles via un outil de géolocalisation sur internet, tablette et mobile.

Pour déterminer votre reste à charge ou trouver un partenaire du réseau Santéclair connectez-vous sur le site internet : www.bpcemutuelle.fr

LA REVUE

L'information mutualiste



Magazine édité cinq fois par an par BPCÉ MUTUELLE, **LA REVUE** est adressée gratuitement à tous les adhérents de BPCÉ MUTUELLE.

Ses pages santé, ses dossiers d'actualité, ses articles de société, ses informations mutualistes en font un lien privilégié entre tous les adhérents de la Mutuelle.

L'ASSURANCE A TAUX PREFERENTIEL DE VOS PRETS



Lorsque vous demandez un prêt, quel qu'il soit, vous devez obligatoirement souscrire une assurance.

BPCÉ MUTUELLE peut vous proposer un contrat d'assurance en couverture de prêt à un tarif préférentiel pour tous les prêts que vous sollicitez.

Cette assurance couvre les risques décès, invalidité et incapacité de travail, et de façon facultative le chômage.

PRIORITE SANTE MUTUALISTE



Depuis le 1^{er} janvier 2010, BPCÉ MUTUELLE adhère à Priorité Santé Mutualiste. Ce service, développé par la Mutualité Française, accompagne les adhérents dans le choix d'établissements de soins ou leur fournit des informations sur la santé en garantissant la confidentialité et l'anonymat.

Ce service est accessible par téléphone au 39 35 (prix d'un appel local) ou par internet sur www.prioritesantemutualiste.fr

Le code de BPCÉ MUTUELLE à fournir est le 8900.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

L'ACTION SOCIALE

Des secours ponctuels peuvent être accordés par la Commission d'Action sociale de BPCE MUTUELLE, issue du Conseil d'Administration, aux adhérents qui rencontrent des situations particulièrement douloureuses, d'ordre social ou financier, liées à des problèmes de santé et/ou d'invalidité et/ou de handicap.

Pour que votre demande soit examinée par la Commission d'Action sociale, vous devez saisir BPCE MUTUELLE.

Il vous sera alors demandé de remplir une « Demande d'Intervention Sociale ». Vous pouvez vous procurer ce document auprès du Service social :

BPCE MUTUELLE
SERVICE SOCIAL
30 Place d'Italie
CS 71339
75627 PARIS CEDEX 13

E-mail : action.sociale@eps.caisse-epargne.fr

Ce dossier est adressé à l'assistant social de BPCE MUTUELLE qui est lié par le secret professionnel dès votre premier entretien. Aussi, toutes ses interventions et ses demandes respectent le principe de confidentialité et d'anonymat. Lorsque le dossier est présenté en Commission d'Action sociale, votre nom, votre région et votre entreprise sont supprimés afin de garantir votre anonymat.

Le secours exceptionnel accordé prend le plus souvent la forme d'un don ou d'un prêt sur l'honneur, selon des modalités (montant, durée...) fixées par la Commission et validées globalement par le Conseil d'Administration.

Les décisions de la Commission d'Action sociale de BPCE MUTUELLE sont discrétionnaires et insusceptibles d'appel.

Par ailleurs, l'Action sociale de la Mutuelle peut octroyer des aides dans le cadre d'actions particulières, à titre d'exemple : aide au sevrage tabagique, etc..

LES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTES



Votre adhésion à BPCE MUTUELLE vous permet de bénéficier de l'accès gratuit aux services de soins et d'accompagnement mutualistes de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (pharmacies, centres médicaux, centres optiques, cabinets dentaires, cliniques...).

UNE COUVERTURE SANTE POUR VOS PROCHES

Si vous souhaitez que vos parents ou vos enfants majeurs bénéficient de la couverture de BPCE MUTUELLE, contactez la mutuelle.

Les conseillers de la Mutuelle seront heureux de vous présenter la formule la plus appropriée, afin que BPCE MUTUELLE devienne le partenaire santé de toute votre famille.

CONTRAT GROUPE NATIONAL SANTE

Notice d'information

REGIME LOCAL 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	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	100% BR	TM + 100 % BR	200% BR
Actes techniques médicaux en hospitalisation	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⁾	90% 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⁾	90% 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⁾	90% 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	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	90% BR	TM + 100% BR	200% BR
Frais de transport	100% BR	TM + 100% BR	200% BR
Pharmacie à 90 %	90% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 80 %	80% 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, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure
APPAREILLAGE			
Petit appareillage	90% BR	TM + 160% 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	90% BR	TM + Forfait 600 € par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille
DENTAIRE			
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
Bridge à 3 éléments accepté 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	90% BR	TM + 350% BR 600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire	450% BR 600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire
Implants dentaires refusés par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire	-	limité à 3 implants par an	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	90% 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	90% BR	2310% 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.	90% 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⁾			
	90% BR	Forfait 125 €	90% 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 Local de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affectation Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin 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 de 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 Maîtrisée ; OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgiens et Obstétriciens

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, étioopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioopathe, 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 + 1170 € / bridge	100% BR + 1170 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire	70% BR	TM + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	70% BR	TM + 350% BR	450% BR
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