

# CONTRAT GROUPE NATIONAL - 2022

## RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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



2022 - TG - CGN SANTÉ - RG

### HOSPITALISATION

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
<b>HONORAIRES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX</b> (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>FRAIS DE SÉJOUR</b>		80% ou 100% BR	TM + 100 % BR	200% BR
<b>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX EN HOSPITALISATION</b>	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	220% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> (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
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>		-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>FRAIS D'ACCOMPAGNANT (2)</b>		-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
<b>FORFAIT PATIENT URGENCE (FPU) (3)</b>		-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPÉRIEURS À 120 €</b>		-	100% des frais réels	100% des frais réels

### SOINS COURANTS

#### HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations et visites généralistes (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 80% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Actes de spécialité et radiologie (4)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 200% BR	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	200% BR
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €		-	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>		60% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b> (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)		60% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>TRANSPORT</b>		65% BR	TM + 100% BR	200% BR
<b>MÉDICAMENTS</b>				
Pharmacie à 65 %		65% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 30 %		30% BR	TM	100% BR
Pharmacie à 15 %		15% BR	TM	100% BR
<b>MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)</b>				
Petit appareillage		60% BR	TM + 160% BR	260% BR
Grand appareillage		100% BR	TM + 200% BR	300% BR

### AIDES AUDITIVES (5)

		Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.				
<b>ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7)</b> (à compter du 01/01/2021)		60 % BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
<b>ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)</b> * La prise en charge de l'équipement est dans tous les cas, limitée à 1 700 € (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) par oreille et par bénéficiaire				
<b>BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 20 ANS</b>				
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		60% BR	1 700 € - RSS par oreille	1 700 € par oreille
<b>BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS</b>				
Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)		60% BR	TM + Forfait 600 € par oreille	100% BR + Forfait 600 € par oreille
<b>CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES</b>				
Consommables, piles et accessoires acceptés par la Sécurité sociale		RSS	TM	100% BR
<b>DENTAIRE</b>				
<b>SOINS ET PROTHÈSES "100% SANTÉ" (7)</b>		70% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels
<b>SOINS HORS "100% SANTÉ" (7)</b>				
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
<b>PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (7)</b>				
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge		70% BR	TM + 1 170 € / bridge	100% BR + 1 170 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire		70% BR	TM + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	Honoraires maîtrisés (7)	70% BR	TM + 350% BR	450% BR
	Tarifs libres	70% BR	TM + 350% BR	450% BR
<b>IMPLANTOLOGIE DENTAIRE</b> refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire		-	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an
<b>PARODONTOLOGIE</b> refusée par la Sécurité sociale		-	250 € / an	250 € / an
<b>ORTHODONTIE</b> acceptée par la Sécurité sociale		100% BR	250% BR	350% BR

## OPTIQUE (6)

### ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (7)

\* **ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS** : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels

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

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des Frais Réels - RSS	100% des Frais Réels

### ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (7)

\* **ÉQUIPEMENT - BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS** : Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	100% des frais réels - RSS	100% des frais réels

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

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	280 € - RSS	280 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	600 € - RSS	600 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	800 € - RSS	800 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	440 € - RSS	440 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	540 € - RSS	540 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	700 € - RSS	700 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	700 € - RSS	700 €

### LENTILLES ET OPÉRATION DE L'ŒIL

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
60% BR	TM + Forfait 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait 300 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie

## AUTRES GARANTIES

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
-	50 € / séance - Forfait limité à 3 séances / an : chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance - Forfait limité à 3 séances / an : chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, psychomotricien, pédicure

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
65% BR	Forfait 125 €	65% BR + Forfait 125 €

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
-	Forfait de 20% du PMSS par enfant	Forfait de 20% du PMSS par enfant

### AUTRES FRAIS

Sécurité sociale (valeurs indicatives)	Remboursements BPCE Mutuelle (1) dans la limite de	Total pour l'adhérent à titre indicatif (Sécurité sociale + remboursement mutuelle) dans la limite de
RSS	TM	100% BR

Accès aux services d'assistance (12) Inter Mutuelles Assistance (IMA)

- Le taux du Régime Général de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affectation Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO.
- Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.
- Participation forfaitaire appliquée en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation, hors cas d'exonérations et minorations, définies réglementairement notamment par l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- Si parcours de soins coordonnés - Les différentes mesures en cas de non respect du parcours de soins coordonnés sont définies par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- La prise en charge de(s) l'aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. Le renouvellement de(s) l'aide(s) auditive(s) ne peut intervenir avant une période de 4 ans. Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de(s) l'aide(s) auditive(s) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le choix d'un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement.
- Les prestations optiques répondent à la réglementation des contrats responsables et assurent la prise en charge d'un «équipement» constitué de deux verres et d'une monture par période encadrée (un ou deux ans). Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Le choix d'un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n'a pas d'impact sur le calcul de la période de renouvellement de l'équipement. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros maximum hors «100% santé» et à 30 € maximum le «100% santé».
- Tels que définis réglementairement notamment par les articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Ainsi, par exemple, dans le cadre du 100% Santé les tarifs pratiqués par les professionnels de santé sont encadrés par des Prix Limite de Vente (PLV) / Honoraires Limites de Facturation (HLF) - voire, en dentaire des Tarifs Maîtrisés - ; en dehors du 100% Santé, la prise en charge de l'équipement optique est plafonnée selon la correction.
- Le début de la période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de la / les première(s) lentille(s). Cette période est distincte et indépendante de la période relative à l'achat de lunettes.
- Soins réalisés pendant la cure (frais d'hydrothérapie). Il n'inclut pas la surveillance médicale (qui relève de consultations et d'actes médicaux), ni les frais de transport (qui relèvent de la prestation «frais de transport»), ni l'hébergement.
- Le versement de ce forfait est conditionné à l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant droit du contrat dans les trois mois suivant sa naissance ou son adoption.
- Hors prestations de santé mentionnées aux points 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale, conformément à la réglementation des contrats responsables.
- Voir notice Assistance IMA.

### LEXIQUE :

**RSS :**  
Remboursement de la Sécurité sociale

**BR :**  
Base de Remboursement de la Sécurité sociale

**TM :**  
ticket modérateur = 100% BR - RSS

**PMSS :**  
Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

**OPTAM :**  
Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

**OPTAM-CO :**  
Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurges et Obstétriciens