La CommunautéBPCE

ACCORD COLLECTIF DE GROUPE
RELATIF AU REGIME FRAIS DE SANTE DE BASE
DES SALARIES DE LA COMMUNAUTE BPCE

Entre les soussignés :

BPCE SA, société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 170 384 630 euros, dont le siège social est situé au 50 avenue Pierre Mendès France – Paris 13ème, représentée par Monsieur Philippe BAILLY agissant en qualité de Directeur des Ressources Humaines,

Et les filiales de BPCE SA et GIE visés à l'article 2 du présent accord, représentés ensemble par Monsieur Philippe BAILLY, Directeur des ressources humaines de BPCE SA, agissant en sa qualité de mandataire des entreprises de la Communauté BPCE

Dénommées ci-après « Communauté BPCE ».

D'une part,

ET

Les organisations syndicales représentatives entrant dans le champ d'application du présent accord, prises en la personne de leurs représentants en vertu des mandats dont ils disposent

Dénommées ci-après « les Organisations Syndicales Représentatives ».

D'autre part,

CW PB

PREAMBULE

Les salariés de l'ensemble des sociétés signataires bénéficient actuellement de régimes de remboursement de frais de santé propres à chaque structure.

Dans le prolongement de la mise en place des contrats responsables et de la réforme dite « 100% santé », les partenaires sociaux de la Communauté BPCE ont souhaité mettre en place un nouveau régime de remboursement de frais de santé harmonisé pour l'ensemble des salariés des entreprises de la Communauté BPCE visées au présent accord.

Les partenaires ont ainsi recherché le moyen d'une amélioration du niveau des garanties offertes aux salariés avec un objectif d'optimisation des coûts tout en veillant à assurer l'équilibre du régime.

Il a été décidé ce qui suit en application de l'article L 911-1 du code de la Sécurité sociale en vigueur à la date de signature du présent accord.

Chapitre 1 – Objet et champ d'application de l'accord **4**
Article 1 : Objet de l'accord 4
Article 2 – Champ d'application 5
Article 2.1 – Périmètre 5
Article 2.2 – Evolution du périmètre visé à l'article 2.1 5
Article 2.2.1 – Conditions d'entrée d'une nouvelle société dans le champ d'application du présent accord 5
Article 2.2.2 – Conditions de sortie d'une société du champ d'application du présent accord.. 5
Chapitre 2 – Régime frais de santé **6**
Article 3 – Définition du régime et description de sa structure juridique 6
Article 3.1 – Définition du régime 6
Article 3.2 – Structure juridique du régime 6
Article 4 – Bénéficiaires 6
Article 4.1 – Participants 6
4.1.1 – Caractère obligatoire de l'adhésion 6
4.1.2 – Dispenses d'adhésion 7
4.1.2.1 – Dispenses de droit 7
4.1.2.2 – Dispenses conventionnelles 8
4.1.2.3 – Modalités 9
4.1.2.4 – Versements santé 9
Article 4.2 – Ayant droit 9
Article 5 – Organisme assureur 10
Article 6 – Typologie des garanties et niveau des prestations 10
Article 7 – Cotisations 11
Article 7.1 – Taux de cotisation 11
7.1.1 – Principe 11
7.1.2 – Cotisation au contrat socle obligatoire 11
7.1.3 – Cotisation au contrat surcomplémentaire obligatoire 12
Article 7.2 – Répartition des cotisations 12
7.2.1 – Contrat socle 12
7.2.2 – Contrat surcomplémentaire 12
Article 8 – Evolution du régime 12
Article 8.1 - Contrat socle obligatoire 12
Article 8.2 – Contrat surcomplémentaire obligatoire 13
Article 9 – Modifications réglementaires 13

PB
VL

Article 10 – Terme des garanties 14
Article 11 – Maintien des garanties 14
Article 11.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail 14
Article 11.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage 14
Article 11.3 – Maintien des garanties santé à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés 15
Article 11.4 – Maintien des garanties pour les ayants droit 15
Article 12 - Caractère indemnitaire du régime 16
Chapitre 3 – Dispositions générales 16
Article 13 - Information des assurés 16
Article 13.1 – Information individuelle 16
Article 13.2 – Information collective 16
Article 14 - Commission de suivi de l'accord 16
Chapitre 4 : Dispositions finales 18
Article 15 – Date d'application et durée de l'accord 18
Article 16 – Révision 18
Article 17 – Dénonciation 18
Article 18 – Dépôt et publicité 19

Chapitre 1 – OBJET ET CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

Article 1 : Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet l'adhésion des salariés des sociétés visées à l'article 2 titulaires d'un contrat de travail de droit français au régime Frais de santé mis en place au sein de la Communauté BPCE.

En application de l'article L.2253-5 du code du travail, les parties décident que les dispositions du présent accord se substituent aux dispositions ayant le même objet applicables en matière de régime de frais de santé au sein des entreprises comprises dans le périmètre du présent accord ou ayant adhéré audit accord, quelle que soit leur source juridique (accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale pratique etc).

L'employeur n'est engagé que sur une participation au financement du régime et ne saurait être tenu au paiement des prestations lesquelles relèvent de la responsabilité exclusive de l'organisme assureur.

Article 2 – Champ d'application

Article 2.1 – Périmètre

Le présent accord est applicable aux sociétés de la Communauté BPCE, ayant des salariés relevant d'un contrat de droit français.

La liste des sociétés entrant dans le champ d'application du présent accord au jour de sa signature figure en annexe 1.

Article 2.2 – Evolution du périmètre visé à l'article 2.1

Article 2.2.1 – Conditions d'entrée d'une nouvelle société dans le champ d'application du présent accord

Toute société dont le siège social est situé sur le territoire français ayant du personnel relevant d'un contrat de droit français, remplissant les conditions définies à l'article 2.1 est éligible à entrer dans le périmètre de l'accord dans le respect des dispositions légales en vigueur.

La Direction de BPCE SA en informera les parties signataires du présent accord.

Article 2.2.2 – Conditions de sortie d'une société du champ d'application du présent accord

Toute société cessant de remplir les conditions définies à l'article 2.1, sortira du champ d'application du présent accord dans le respect des dispositions légales en vigueur.

La Direction de BPCE SA en informera les parties signataires du présent accord.

Cette société sera alors exclue du régime frais de santé institué par le présent accord. Toutefois, cette sortie du périmètre du présent accord s'analyse pour la société concernée comme une mise en cause de l'accord collectif régie par l'article L2261-14 du code du travail en vigueur. Ladite société sera donc contrainte de continuer à appliquer cet accord à ses salariés pendant un délai de préavis de 3 mois, puis un délai de survie de 12 mois, sauf conclusion d'un accord collectif en son sein traitant du même sujet.

En revanche, pour les autres sociétés relevant du périmètre défini à l'article 2.1 et parties au présent accord, l'application de celui-ci ne sera pas mise en cause, ni modifiée par la sortie de l'une des sociétés initialement comprises dans son champ d'application.

Chapitre 2 – REGIME FRAIS DE SANTE

Article 3 – Définition du régime et description de sa structure juridique

Article 3.1 – Définition du régime

Le régime mis en place par le présent accord est un régime collectif familial obligatoire, c'est-à-dire qu'il couvre obligatoirement le salarié et ses ayants droit tels que définis dans les contrats d'assurance mettant en œuvre la couverture santé et la notice d'information associée.

Article 3.2 – Structure juridique du régime

Le régime de remboursement de frais de soins de santé mis en place par le présent accord trouve son équilibre au travers d'un niveau de cotisation arrêté à l'article 7 du présent accord d'une part, et d'un choix de garanties et d'un niveau de prestations définies à l'article 6 d'autre part.

Le régime de remboursement de frais de soins de santé défini par le présent accord, est mis en œuvre au travers d'un double dispositif assurantiel :

- D'une part, la souscription d'un contrat collectif initial à adhésion obligatoire qui constitue le contrat socle du régime de remboursement de frais de soins de santé. Ce contrat socle intervient en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- D'autre part, la souscription d'un contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire dont les garanties viennent compléter le contrat socle. Ainsi, ce contrat surcomplémentaire intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et du remboursement par le contrat socle susvisé, dans la limite des frais réels.

Ce double dispositif contractuel – contrat socle et contrat surcomplémentaire – collectif, obligatoire et indissociable, défini par le présent accord constitue le régime de base de remboursement de frais de soins de santé des salariés de la Communauté BPCE et s'impose à l'ensemble des salariés comme indiqué à l'article 4.1.1.

Article 4 – Bénéficiaires

Article 4.1 – Participants

4.1.1 – Caractère obligatoire de l'adhésion

Le présent accord s'applique à tout participant des sociétés du périmètre défini à l'article 2.1 du présent accord, sous réserve de l'application à ce participant du régime obligatoire de la sécurité sociale française, limité à la métropole et aux départements d'outre-mer.

PB

 VL

La qualité de participant s'entend de tout salarié (CDI, CDD et alternants) sans condition d'ancienneté. Elle s'applique également aux mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la sécurité sociale, après décision de l'organe délibérant de leur société de leur appliquer ce régime.

L'adhésion des participants au régime est obligatoire, à l'exception des cas de dispenses définis ci-dessous. Cette adhésion obligatoire résulte de la signature du présent accord par les Organisations syndicales représentatives. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

4.1.2 – Dispenses d'adhésion

Les salariés déjà bénéficiaires - à la date d'effet du présent accord - d'une dispense d'adhésion au régime santé obligatoire auquel ils étaient affiliés à cette date, continuent à en bénéficier au titre du présent accord, sous réserve de produire les justificatifs nécessaires, aux dates fixées par l'employeur. En revanche, ils peuvent également, s'ils le souhaitent, mettre un terme à cette dispense et demander leur adhésion obligatoire au présent régime, dès sa date d'entrée en vigueur.

Les autres salariés peuvent demander à être dispensés d'adhésion au présent régime dans les conditions suivantes en application soit d'une dispense conventionnelle, soit d'une dispense de droit.

4.1.2.1 – dispenses de droit

Les salariés peuvent faire valoir une des dispenses d'ordre public prévues par les articles D. 911-2 et suivants du code de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de conclusion du présent accord et dont les conditions et modalités figurent ci-après :

CAS DE DISPENSE (Art D 911-2 CSS)	CONDITIONS D'APPLICATION (Art. D 911-5 CSS)
Salarié bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU-C ou Aide à la Complémentaire Santé) prévue par les articles L861-1 et suivants du code de la sécurité sociale	La demande doit être formulée : - lors de l'entrée en vigueur du régime pour les salariés ayant un contrat de travail en cours ; - à l'embauche; - ou à la date à laquelle prend effet la complémentaire santé solidaire pour le salarié, si la prise d'effet intervient après l'embauche. La dispense d'adhésion est effective tant que dure le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire, sous réserve de produire la décision administrative d'attribution de la Complémentaire santé solidaire mentionnant les dates d'éligibilité.
Salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de son embauche.	La demande doit être formulée lors de l'entrée en vigueur du régime pour les salariés ayant un contrat de travail en cours ou à l'embauche. Le salarié est tenu de justifier de sa situation par la production d'une attestation d'affiliation ; cette dispense est effective jusqu'à l'échéance du contrat individuel. A l'échéance de son contrat à titre individuel, il est tenu de cotiser au régime obligatoire défini par le présent accord.

VC PB

Salarié bénéficiant : • dans le cadre d'un autre emploi (salarié(e) multi-employeurs) • ou en tant qu'ayant droit (de son conjoint ou assimilé) d'une des couvertures suivantes : • Complémentaire santé collective et obligatoire d'entreprise (couverture familiale obligatoire s'il est couvert en tant qu'ayant droit) conforme à l'article L 242-1 alinéa 6 CSS • Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle • Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG) • Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011) • Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994).	La demande doit être formulée : - lors de l'entrée en vigueur du régime pour les salariés ayant un contrat de travail en cours - à l'embauche - ou si elle est postérieure, à la date à laquelle prend effet la couverture dont le salarié bénéficie par ailleurs au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit. Modalités : le salarié doit communiquer un justificatif de couverture établi par l'employeur ou l'assureur (pour la couverture collective obligatoire d'entreprise visée à l'article L 242-1 alinéa 6) et par l'assureur dans les autres cas de dispense. Le salarié doit justifier chaque année de cette couverture.

Toute évolution législative ou réglementaire impactant ces cas de dispenses d'ordre public sera prise en compte automatiquement sans qu'il y ait lieu à révision du présent accord. Une communication sera faite auprès des salariés pour les informer des changements apportés.

4.1.2.2 – dispenses conventionnelles

Conformément aux dispositions de l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de conclusion du présent accord, peuvent ainsi être dispensés d'adhésion sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime, uniquement les salariés visés ci-après :

CAS DE DISPENSE	CONDITIONS D'APPLICATION
Salarié(e) et apprenti(e) titulaire d'un CDD d'une durée inférieure à 12 mois	La demande doit être formulée lors de l'entrée en vigueur du régime pour les salariés ayant un contrat de travail en cours, à l'embauche ou lors du renouvellement du CDD si la durée totale des CDD successifs est inférieure à 12 mois.
Salarié(e) et apprenti(e), titulaire d'un CDD d'une durée égale ou supérieure à 12 mois,	La demande doit être formulée lors de l'entrée en vigueur du régime pour les salariés ayant un contrat de travail en cours à l'embauche ou lors du renouvellement du

CW VL PB

ayant souscrit une couverture santé individuelle.	CDD, si la durée totale des CDD successifs est supérieure à 12 mois. Le salarié doit justifier avoir souscrit une couverture santé individuelle.
Salarié(e) à temps partiel et apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.	La demande doit être formulée à l'embauche à temps partiel ou lors du passage à temps partiel

4.1.2.3 – modalités

Les parties au présent accord rappellent leur souhait que l'ensemble des salariés bénéficient d'une couverture effective en matière de remboursement de frais de santé. Ainsi, la prise en compte des demandes de dispense sera conditionnée à la production des justificatifs nécessaires. Une simple attestation sur l'honneur ne sera pas considérée comme suffisante.

Ces salariés devront solliciter leur dispense d'adhésion selon les modalités en vigueur dans l'entreprise, sous un délai d'un mois après l'embauche. Ils devront produire tout justificatif à l'appui de leur demande.

A défaut de demande de dispense et de justificatifs adressés à leur employeur dans le délai précité et à défaut de fournir chaque année les justificatifs nécessaires, les salariés visés ci-dessus seront contraints d'adhérer au régime et d'acquitter la cotisation correspondante due.

4.1.2.4 – versements santé

Les salariés en contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail est inférieure à 3 mois peuvent faire valoir une dispense d'adhésion au régime et demander en parallèle à bénéficier du versement santé dans les conditions prévues par la loi.

Article 4.2 – Ayant droit

Le régime mis en place par le présent accord est un régime familial obligatoire, c'est-à-dire qu'il couvre obligatoirement le salarié et ses ayants droit. Les ayants droit d'un participant sont ceux tels que définis dans les contrats d'assurance et mettant en œuvre la couverture santé.

Les ayants droit peuvent faire valoir une dispense d'adhésion de droit dans les conditions prévues par l'article D.911-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de conclusion du présent accord.

Cas de dispense	Conditions d'application
Ayants droit bénéficiant d'une des couvertures suivantes : • Complémentaire santé collective et obligatoire d'entreprise conforme à l'article L.242-1 alinéa 6 CSS • Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle • Couverture par le régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG) • Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011) • Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994).	La demande peut être formulée à tout moment sous réserve que l'ayant droit soit à la date de la demande couverte par l'un de ces dispositifs.

La demande de dispense d'adhésion des ayants droit est formulée par le salarié par écrit auprès de la Direction des ressources humaines. Il appartient au salarié de produire tout justificatif de couverture établi par l'employeur ou l'assureur (pour la couverture collective obligatoire d'entreprise visée à l'article L 242-1 alinéa 6) et par l'assureur dans les autres cas de dispense, mentionnant explicitement la nature de la couverture et nominativement les ayants-droit couverts.

Dans ce cas, la cotisation appliquée correspondra à la situation de famille, adaptée en conséquence.

A défaut de fournir chaque année à la Direction des ressources humaines les justificatifs nécessaires, les ayants droit seront contraints d'adhérer au régime et les salariés seront contraints d'acquitter la cotisation afférente à leur situation de famille réelle.

Article 5 – Organisme assureur

Les parties signataires décident d'un commun accord de confier à BPCE Mutuelle la gestion assurantielle de la couverture du présent régime.

Conformément à l'article L.912-2 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de signature du présent accord, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. A cet effet, elles se réuniront six mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, de l'adhésion à BPCE Mutuelle et des contrats souscrits suite à un avenant au présent accord.

Article 6 – Typologie des garanties et niveau des prestations

Le niveau global des garanties et prestations défini par le présent régime de remboursement de frais de santé est annexé au présent accord à titre informatif (annexe 2).

PB

 VC

Il est expressément précisé qu'en aucun cas, les entreprises de la Communauté ne s'engagent sur les prestations définies dans cette annexe ni sur celles définies dans les contrats souscrits pour la mise en œuvre du régime. Ces contrats relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur désigné.

Par ailleurs, le présent régime ainsi que le dispositif contractuel visé à l'article 3.2 sont mis en œuvre conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et de ses textes d'application relatifs au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociale, dit « contrats santé responsable ».

Le niveau global des garanties est par conséquent susceptible d'être modifié en cas d'évolution des dispositions législatives et réglementaires relatives au caractère responsable des contrats santé.

Toute modification de garantie fera l'objet d'un échange préalable au sein de la commission de suivi prévue à l'article 14.

Article 7 – Cotisations

Article 7.1 – Taux de cotisation

7.1.1 – Principe

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Toutefois, en application de la circulaire DSS SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013, des dispositions particulières sont prévues s'agissant des conjoints tous deux salariés d'une entreprise du périmètre de l'accord. Dans ce cas l'un des membres du couple est affilié comme salarié et l'autre l'est comme ayant droit.

Ces dispositions s'appliquent tant au contrat socle qu'au contrat surcomplémentaire.

7.1.2 – Cotisation au contrat socle obligatoire

Les cotisations du contrat socle obligatoire sont celles fixées chaque année par les instances de gouvernance de BPCE Mutuelle pour le Contrat Groupe National santé. Elles varient en fonction de la composition familiale : isolé (tranche 1), 1 ayant droit (tranche 2), 2 ayants droit ou plus (tranche 3).

A titre d'information et à la date de signature du présent accord, les cotisations du CGN sont les suivantes :

	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
Régime Général	68,59 €	121,66 €	173,49 €
Régime Local	40,97 €	72,88 €	103,63 €
RégimeMixte		100,95 €	119,09 €

CW PB

VL

7.1.3 – Cotisation au contrat surcomplémentaire obligatoire

Les cotisations du contrat surcomplémentaire obligatoire sont définies en pourcentage de l'assiette de cotisations, constituée de la rémunération brute soumise aux charges de sécurité sociale visées à l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale et limitée à deux plafonds de la sécurité sociale.

Pour les salariés travaillant à temps partiel, cette rémunération n'est pas proratisée mais est retenue en équivalent temps plein.

Ces cotisations varient en fonction de la composition familiale (salarié isolé, salarié isolé + 1 ayant droit, salarié isolé + 2 ayants droit ou plus) et sont les suivantes, sous réserve des dispositions prévues à l'article 8 :

COTISATIONS Composition familiale	**Contrat collectif surcomplémentaire obligatoire** **(en % de l'assiette définie ci-avant)**
Salarié isolé	0,223 %
Salarié + 1 ayant droit	0,398 %
Salarié + 2 ayants droit ou plus	0,568 %

Article 7.2 – Répartition des cotisations

Les cotisations se répartissent de la façon suivante :

7.2.1 – Contrat socle

	Part employeur	Part salarié
Contrat collectif socle obligatoire	55%	45%

7.2.2 – Contrat surcomplémentaire

	Part employeur	Part salarié
Contrat collectif surcomplémentaire obligatoire	60%	40%

Article 8 – Evolution du régime

Article 8.1 - Contrat socle obligatoire

Les cotisations et/ou ou la structure des garanties et/ou les prestations évoluent de façon à rester identiques à celles du CGN Santé, telles que fixées chaque année par les instances de gouvernance de BPCE Mutuelle.

VL

PB

Article 8.2 – Contrat surcomplémentaire obligatoire

Les prestations du contrat surcomplémentaire obligatoire complètent celles fixées dans le contrat socle de façon à ce que le cumul des prestations corresponde aux prestations du régime de base de remboursement des frais de soins de santé des salariés de la Communauté BPCE mis en place par le présent accord.

Toute éventuelle modification des cotisations, faisant suite à une évolution règlementaire et/ou à l'évolution de l'équilibre financier du régime, fera l'objet d'un échange préalable au sein de la commission de suivi prévue à l'article 14 du présent accord afin de préserver la pérennité économique du régime.

Cette évolution des cotisations donnera lieu à révision partielle du présent accord, dans les conditions prévues à l'article 16 sous réserve que la variation des taux de cotisation soit supérieure ou égale à 5% sur une année ou 7 % sur deux années consécutives.

Durant les négociations qui ne pourront excéder les échéances contractuelles, l'accord restera applicable dans toutes ses dispositions et sans aucun changement sauf évolutions légales et réglementaires devant nécessairement s'appliquer en cours d'année (telles que les évolutions relatives au contrat responsable par exemple).

A l'issue de ces négociations, il sera établi, soit un avenant au présent accord ou un nouvel accord, soit un procès-verbal de clôture constatant le désaccord.

En cas de désaccord entre les parties à la négociation et, afin que les salariés continuent de bénéficier d'une couverture santé, les parties signataires du présent accord conviennent que les garanties du contrat surcomplémentaire obligatoire seront automatiquement réduites par l'organisme assureur de façon à maintenir les conditions tarifaires antérieures.

Dans l'hypothèse où la variation de cotisation serait inférieure à 5% sur une année et 7% sur deux années consécutives, les parties conviennent expressément que cette variation s'applique automatiquement, dans les mêmes conditions de répartition entre les salariés et l'employeur, sans révision du présent accord.

Article 9 – Modifications réglementaires

En cas de changement de législation fiscale ou sociale conduisant à la modification des taxes ou contributions en vigueur ou à l'établissement de nouvelles taxes ou contributions dues sur les cotisations définies au présent accord et collectées par l'organisme assureur, ces dernières seront automatiquement ajustées. Les parties signataires seront informées de ces évolutions réglementaires.

Dans ce cadre, l'évolution de la cotisation du contrat socle obligatoire sera définie par BPCE Mutuelle dans le Contrat Groupe National santé.

L'évolution de la cotisation du contrat surcomplémentaire obligatoire sera définie en fonction des modifications visées à l'alinéa 1 du présent article. Cette évolution de nature règlementaire s'imposera aux parties signataires et donnera lieu à un document qui sera annexé au présent accord.

Article 10 – Terme des garanties

Les risques assurés au titre du présent régime prennent fin pour chaque salarié dès qu'il cesse d'appartenir à une entreprise du périmètre initial de l'accord ou à une entreprise adhérente au présent accord, sous réserve des dispositions prévues à l'article 11 du présent accord. Elles cessent également à la date de résiliation des contrats souscrits.

Article 11 – Maintien des garanties

Article 11.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties du présent régime sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons médicales ou autres et qui donne lieu à indemnisation (maintien total ou partiel du salaire, ou indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur et versées directement par l'employeur ou par l'intermédiaire d'un tiers) selon les modalités et conditions financières définies aux contrats. Dans une telle hypothèse, l'employeur et le salarié s'acquittent de leur part respective de cotisations pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Les salariés dont la suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à indemnisation ne sont pas maintenus dans le régime obligatoire. Ils pourront continuer à bénéficier des mêmes garanties que les actifs en s'affiliant à un contrat facultatif dont les cotisations sont fixées par l'organisme assureur et appelées intégralement auprès du salarié, sans participation patronale.

Article 11.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale en vigueur au jour de la signature du présent accord, en cas de cessation de leur contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de leur couverture complémentaire santé, selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du contrat de travail effectué dans une entreprise entrant dans le périmètre du présent accord ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez cette même entreprise. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts dans l'entreprise, c'est-à-dire que le salarié n'ait pas fait valoir une dispense d'adhésion conformément à l'article 4.1.2 du présent accord.
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- L'ancien salarié devra justifier auprès de BPCE Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, notamment sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.
- L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe BPCE Mutuelle de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties du présent régime à la date de la cessation du contrat de travail.

A l'issue de cette période de maintien, l'ancien salarié pourra obtenir la continuité de sa couverture complémentaire santé conformément aux dispositions de l'article 11.3 du présent accord.

Article 11.3 – Maintien des garanties santé à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés

Le régime défini par le présent accord s'adresse exclusivement aux salariés des entreprises entrant dans le périmètre initial du présent accord ou ayant adhéré au présent accord.

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin en vigueur à la date de signature du présent accord, les anciens salariés visés ci-après peuvent demander le maintien auprès de l'organisme assureur d'une couverture d'assurance individuelle de remboursement de frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire et gratuit du maintien des garanties tel que visé à l'article 11.2 du présent accord :

- les anciens salariés retraités bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés, privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement. Concernant les salariés ayant bénéficié du maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale visés à l'article 11.2, le maintien des garanties visé par le présent article intervient à l'issue de la période de maintien gratuit des garanties.

Ces anciens salariés seront alors accueillis dans un régime spécifique et indépendant de celui des salariés. Les cotisations servant au financement de ce maintien des garanties sont intégralement prises en charge par les anciens salariés et sont définies dans les conditions prévues par l'organisme assureur.

Article 11.4 – Maintien des garanties pour les ayants droit

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin en vigueur à la date de signature du présent accord, les ayants droit d'un salarié décédé continuent à bénéficier des garanties du présent régime pendant au moins 12 mois, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes et sous réserve d'en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois qui suivent le décès du salarié.

L'employeur informe du décès l'organisme assureur, qui adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit dans le délai de deux mois à compter du décès.

Les cotisations servant au financement de ce maintien des garanties sont intégralement prises en charges par les ayants droit et sont définies dans les conditions prévues par l'organisme assureur.

Article 12 - Caractère indemnitaire du régime

En application de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin en vigueur à la date de signature du présent accord, les remboursements complémentaires des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant, après prestations de tout autre organisme.

Chapitre 3 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 13 - Information des assurés

Article 13.1 – Information individuelle

Chaque salarié et tout nouvel embauché recevra une notice d'information rédigée par l'organisme assureur, résumant les principales dispositions des contrats, notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Toute modification des droits et obligations des parties fera l'objet d'une actualisation de cette notice. Toute actualisation de la notice, effectuée par l'organisme assureur, sera communiquée par l'entreprise sans délai aux assurés concernés.

Article 13.2 – Information collective

Chaque année, les CSE de chacune des sociétés entrant dans le périmètre du présent accord ou ayant adhéré au présent accord pourront solliciter la communication du rapport annuel de l'organisme assureur sur les comptes du contrat d'assurance, établi en application de l'article 15 de la loi 89-1009 du 31/12/1989 dite Loi Evin.

Article 14 - Commission de suivi de l'accord

Il est institué une commission de suivi de l'accord composée de deux délégations :

- une délégation « employeur » composée de 3 membres de la Direction
- une délégation « organisations syndicales » constituée de 3 délégués syndicaux par organisation syndicale représentative de la Communauté signataire

Cette Commission, force de proposition et de réflexion est chargée du suivi du régime ainsi que de formuler toute proposition concernant son évolution. Selon une périodicité de 5 ans, la Commission pourra être assistée d'un expert externe afin de l'assister dans l'analyse du régime. La prestation et les frais associés seront pris en charge par BPCE SA sur présentation d'un devis validé en amont établi sur la base de deux jours (une journée préparatoire, une journée de restitution).

Pour répondre à la demande des partenaires sociaux, une première expertise pourra se tenir courant de l'année 2023. A cette occasion, il sera analysé l'équilibre général du régime afin de proposer une éventuelle évolution des garanties notamment celle concernant la pharmacie non remboursée.

Cette commission s'appuie pour ses travaux sur l'organisme assureur. Elle se réunit chaque semestre afin notamment d'examiner :

- au 1er semestre : les résultats de l'année écoulée,
- au 2nd semestre : les budgets prévisionnels pour l'année à venir.

En vue de la présentation des résultats de l'année écoulée, les documents seront transmis avec la convocation 15 jours avant la réunion.

Ces documents seront notamment les éléments suivants :

➢ Indicateurs de suivi du régime :

- Cartographie des populations couvertes
- Evolution de l'assiette de cotisations
- Consommation moyenne par personne protégée, par catégorie (salariés, enfants, conjoints) et par âge
- Consommation par acte et par poste de soins
- Dépenses hors et dans le réseau de soins
- Analyse des taux de couverture
- Ratio sinistre/prime par régime

➢ Indicateurs de gestion :

- Effectifs gérés et volumes de demandes (nombre de salariés, nombre de bénéficiaires, nombre de demandes donnant lieu à un traitement manuel, nombre de décomptes traités en automatique)
- Nombre d'appels téléphoniques
- Nombre de réponses apportées au regard du nombre d'appels téléphoniques
- Durée d'attente moyenne lors d'un appel téléphonique
- Temps moyen par appel téléphonique
- Délai moyen pour une adhésion au régime
- Délai moyen pour une analyse de devis
- Délai moyen pour une prise en charge
- Délai moyen pour une prise en charge manuelle
- Statistiques sur l'utilisation des services : accès à l'espace assuré, application mobile

CJ PB

 VC

Chapitre 4 : DISPOSITIONS FINALES

Article 15 – Date d'application et durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée, il prend effet à compter du :

- 1er juillet 2020 pour l'entité listée en annexe 1A ;

- 1er janvier 2021 pour les entités listées en annexe 1B ;

Article 16 – Révision

Chaque signataire ou syndicat adhérent peut demander la révision de tout ou partie du présent accord selon les modalités suivantes.

Toute demande de révision devra être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à chacun des autres signataires (ou adhérents) et comporter, outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, des propositions de remplacement.

Le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 3 mois suivant la réception de cette lettre, les parties devront ouvrir une négociation en vue de la rédaction d'un nouveau texte. Toute demande de révision qui n'aurait pas abouti à un accord dans un délai de 3 mois à compter de la première réunion sera réputée caduque.

Les dispositions de l'accord dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un nouvel accord, ou à défaut, seront maintenues.

Les dispositions de l'avenant, portant révision, se substitueront de plein droit à celles de l'accord qu'elles modifient et seront opposables à l'employeur et aux salariés liés par l'accord, soit à la date qui en aurait été expressément convenu, soit à défaut à partir du jour qui suivra son dépôt auprès du service compétent.

Article 17 – Dénonciation

Le présent accord pourra être dénoncé totalement ou partiellement par l'une ou l'autre des parties signataires ou adhérentes et selon les modalités suivantes.

La dénonciation sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres parties signataires et déposée auprès de la DIRECCTE et au secrétariat greffe du Conseil de Prud'hommes.

Elle précisera obligatoirement, dans l'hypothèse d'une dénonciation partielle, le ou les articles qui feront l'objet de cette dénonciation.

Elle comportera obligatoirement une proposition de rédaction nouvelle, et entraînera l'obligation pour les parties signataires de se réunir le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de trois mois suivant la réception de la lettre de dénonciation, en vue de déterminer le calendrier des négociations.

Durant les négociations, l'accord restera applicable dans toutes ses dispositions et sans aucun changement.

A l'issue de ces négociations sera établi, soit un avenant ou un nouvel accord, soit un procès-verbal de clôture constatant le désaccord.

Ces documents signés feront l'objet de publicité et formalité de dépôt conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Les dispositions du nouvel accord se substitueront intégralement à celles dénoncées, avec pour prise d'effet, soit la date qui aura été expressément convenue, soit à défaut, à partir du jour qui verra son dépôt auprès des services compétents.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de BPCE Mutuelle, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance des contrats souscrits auprès de BPCE Mutuelle.

En cas de procès-verbal constatant le défaut d'accord, l'accord ou les dispositions ainsi dénoncés resteront applicables sans aucun changement pendant une année qui commencera à courir à l'expiration d'un délai de préavis de 3 mois.

La résiliation par BPCE Mutuelle des contrats souscrits entraîne de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

Article 18 – Dépôt et publicité

Conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du code du travail, le présent accord est déposé sur la plateforme de télé-procédure du ministère du travail, et un exemplaire original est également déposé au secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale prévue à l'article L.2231-5-1 du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie signataire.

Enfin, en application des articles R.2262-1, R.2262-2 et R.2262-3 du code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et communiqué par tous moyens aux salariés.

Fait à Paris, le 12/05/2020

En 4 exemplaires originaux,

Pour la direction de BPCE SA et les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, représentées par Monsieur Philippe BAILLY, Directeur des ressources humaines agissant pour leur compte:

Pour la CFDT:
Catherine VIGNIX

Pour le SNB-CFE/CGC:
Bruno PIERRARD

Pour l'UNSA :
LEROUGE Valérie

Annexe 1 : champ d'application de l'accord

Entrent dans le champ d'application de l'accord les sociétés et GIE suivants :

BPCE SA,

BPCE Solutions Crédit,

BPCE Services Financiers,

BPCE Achats,

BPCE Services

BPCE Factor,

BPCE Financement,

BPCE Lease,

BPCE Car Lease,

CEGC,

SOCFIM,

CFE,

CFI,

Serexim,

BPCE IT,

I-BP,

IT-CE,

Annexe 1A : entreprise concernée par une entrée en vigueur de l'accord au 1er juillet 2020

L'accord prend effet à compter du 1er juillet 2020 pour l'entreprise suivante :

BPCE SA

Annexe 1B : entreprises concernées par une entrée en vigueur de l'accord au 1er janvier 2021

L'accord prend effet à compter du 1er janvier 2021 pour les entreprises suivantes :

BPCE Factor,

BPCE Financement,

BPCE Lease,

BPCE Car Lease,

CEGC,

BPCE IT,

I-BP,

IT-CE,

BPCE Solutions Crédit,

BPCE Services Financiers,

BPCE Achats,

BPCE Services

SOCFIM,

CFE,

CFI,

Serexim,

Annexe 2 : grilles des garanties à titre informatif

Contrats Socle - Surcomplémentaire - Communauté BPCE

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.

	Sécurité sociale [1] (valeurs indicatives)	***Socle*** *dans la limite de*	***Surcomplémentaire*** *dans la limite de*
HOSPITALISATION			
HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	380% BR - TM (néant si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
FRAIS DE SEJOUR	80% ou 100% BR	TM + 100 % BR	400% BR - TM
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	80% ou 100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	380% BR - TM (néant si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
CHAMBRE PARTICULIERE (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	2,4 % PMSS - 50 € / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	-	100% des frais réels	-
FRAIS D'ACCOMPAGNANT [2]	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	-
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120€	-	100% des frais réels	-
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites généralistes [3]	70% BR	TM + 100% BR (TM + 80% 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)	50% BR (néant 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)	-
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	-	100% des frais réels	-
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	60% BR	TM + 100% BR	-
HONORAIRES PARAMEDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes....)	60% BR	TM + 100% BR	-
TRANSPORT	65% BR	TM + 100% BR	-
MEDICAMENTS			
Pharmacie à 65 %	65% BR	TM	-
Pharmacie à 30 %	30% BR	TM	-
Pharmacie à 15 %	15% BR	TM	-
Pharmacie sur prescription médicale et non prise en charge par la Sécurité sociale Forfait par an par bénéficiaire	-	-	50 % des frais réels limité à 4 % PMSS
MATERIEL MEDICAL (hors aides auditives et équipement optique)			
Petit appareillage	60% BR	TM + 160% BR	Prothèses capillaires et mammaires : 80% BR Autres : 40 % BR
Grand appareillage	100% BR	TM + 200% BR	40% BR
AIDES AUDITIVES [4]	Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.		
EQUIPEMENT "100% SANTE" [5] **(à compter du 01/01/2021)**	60 %BR	100% FR - RSS	-
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" [5] ** La prise en charge de l'équipement est dans tous les cas, limitée à 1 700€ (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) par oreille et par bénéficiaire*			
Bénéficiaire de moins de 20 ans			
Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)	60% BR	1 700€ - RSS par oreille	-
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	60% BR	1 700€ - RSS par oreille	-
Bénéficiaire de plus de 20 ans			
Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)	60% BR	TM + Forfait 800€ par oreille	Forfait de 200 € par oreille
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	60% BR	TM + Forfait 800€ par oreille	Forfait de 200 € par oreille
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES acceptée par la Sécurité Sociale	RSS	TM	-
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" [5]	70% BR	100% FR - RSS	-
SOINS HORS "100% SANTE" [5]			
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)	70% BR	TM + 200% BR	-
Inlay core accepté par la Sécurité sociale	70% BR	TM + 100% BR	160% BR
PROTHESES HORS "100% SANTE" [5]			
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge	70% BR	TM + 1 170 € / bridge	130 €
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire	70% BR	TM + 480 € / inter de bridge	55 €
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	70% BR	TM + 350% BR	150% BR en honoraires maîtrisés [5]
	70% BR	TM + 350% BR	150% BR en honoraires libres
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire	-	800 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an	Extension du remboursement pris en charge par le socle jusqu'à un remboursement total de 1000 € par implant dont 200 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-	250 € / an	150 € / an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	50% BR
ORTHODONTIE refusée par la Sécurité sociale	-	-	250% BR théorique
OPTIQUE [5]			
EQUIPEMENT "100% SANTE" [5]			
*** Equipement Bénéficiaire de moins de 16 ans:** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.	60% BR	100% FR - RSS	-
*** Equipement Bénéficiaire de plus de 16 ans :** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros	60% BR	100% FR - RSS	-
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" [5]			
*** Equipement Bénéficiaire de moins de 16 ans:** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros			
Monture et deux verres simples	60% BR	420 € - RSS	-
Monture et deux verres complexes	60% BR	700€ - RSS	-
Monture et deux verres très complexes	60% BR	800€ - RSS	-
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	560 € - RSS	-
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	610€ - RSS	-
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	750€ - RSS	-
*** Equipement Bénéficiaire de plus de 16 ans :** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros			
Monture et deux verres simples	60% BR	280€ - RSS	4% PMSS
Monture et deux verres complexes	60% BR	600€ - RSS	4% PMSS
Monture et deux verres très complexes	60% BR	800€ - RSS	4% PMSS
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	440€ - RSS	4% PMSS
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	540€ - RSS	4% PMSS
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	700€ - RSS	4% PMSS
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période [7] de deux ans.	60% BR	TM + Forfait 300 €	Forfait de 15% PMSS - remboursement du contrat socle- RSS
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie
AUTRES GARANTIES			
MEDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	Ajout du psychologue pour enfants [12]
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile [8]	65% BR	Forfait 125 €	-
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption [9]	-	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 [10]	RSS	TM	-
Accès aux services d'assistance [11]	Inter Mutuelles Assistance (IMA)		

(1) Le taux du Régime Général de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affection Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO.

(2) Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.

(3) 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) La prise en charge de(s) l'aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. A compter du 1er janvier 2021 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.
En ce qui concerne les aides auditives **des bénéficiaires de plus de 20 ans**, la base de remboursement de la Sécurité sociale est progressivement revalorisée pour atteindre 400€ en 2021 (contre 300€ en 2019) ; à l'inverse les prix limites de ventes (applicables à l'équipement 100% santé) sont progressivement diminués pour atteindre 950€ en 2021 (contre 1300€ en 2019).

(5) 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 dans le "100% santé".

(6) 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.

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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.

(10) Hors prestations de santé mentionnées aux points 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale, conformément à la réglementation des contrats responsables.

(11) Voir notice Assistance IMA

(12) Enfants de moins de 18 ans, ayants droit de l'adhérent.

La présente grille est conforme aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention.

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 en vigueur le 1er janvier; OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ;
OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgiens et Obstétriciens

PB
CN
VL

Contrats Socle - Surcomplémentaire - Communauté BPCE

Régime Local de la Sécurité sociale

Les cotisations et les prestations sont révisables chaque année.

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

	Sécurité sociale [1] (valeurs indicatives)	***Socle*** *dans la limite de*	***Surcomplémentaire*** *dans la limite de*
HOSPITALISATION			
HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	380% BR - TM (néant si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
FRAIS DE SEJOUR	100% BR	TM + 100 % BR	400% BR - TM
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	100% BR	TM + 120% BR (TM + 100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	380% BR - TM (néant si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
CHAMBRE PARTICULIERE (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	2,4 % PMSS - 50 € / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels	-	-
FRAIS D'ACCOMPAGNANT [2]	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	-
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120€	-	100% des frais réels	-
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites généralistes [3]	90% BR	TM + 100% BR (TM + 80% 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)	50% BR (néant 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)	-
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	100% des frais réels	-	-
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	90% BR	TM + 100% BR	-
HONORAIRES PARAMEDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes…)	90% BR	TM + 100% BR	-
TRANSPORT	100% BR	TM + 100% BR	-
MEDICAMENTS			
Pharmacie à 90 %	90% BR	TM	-
Pharmacie à 80 %	80% BR	TM	-
Pharmacie à 15 %	15% BR	TM	-
Pharmacie sur prescription médicale et non prise en charge par la Sécurité sociale Forfait par an par bénéficiaire	-		50 % des frais réels limité à 4 % PMSS
MATERIEL MEDICAL (hors aides auditives et équipement optique)			
Petit appareillage	90% BR	TM + 160% BR	Prothèses capillaires et mammaires : 80% BR Autres : 40 % BR
Grand appareillage	100% BR	TM + 200% BR	40% BR
AIDES AUDITIVES [4]	Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.		
EQUIPEMENT "100% SANTE" [6] (à compter du 01/01/2021)	90% BR	100% FR - RSS	
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" [6] ** La prise en charge de l'équipement est dans tous les cas, limitée à 1 700€ (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) par oreille et par bénéficiaire*			
Bénéficiaire de moins de 20 ans			
Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)	90% BR	1 700€ - RSS par oreille	-
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	90% BR	1 700€ - RSS par oreille	-
Bénéficiaire de plus de 20 ans			
Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 : Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)	90% BR	TM + Forfait 800€ par oreille	Forfait de 200 € par oreille
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	90% BR	TM + Forfait 800 € par oreille	Forfait de 200 € par oreille
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES acceptés par la Sécurité Sociale	RSS	TM	-
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" [6]	90% BR	100% FR - RSS	-
SOINS HORS "100% SANTE" [6]			
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)	90% BR	TM + 200% BR	-
Inlay core accepté par la Sécurité sociale	90% BR	TM + 100% BR	160% BR
PROTHESES HORS "100% SANTE" [6]			
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge	90% BR	TM + 1 170 € / bridge	130 €
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire	90% BR	TM + 480 € / inter de bridge	55 €
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	90% BR	TM + 350% BR	150% BR en honoraires maîtrisés [6]
	90% BR	TM + 350% BR	150% BR en honoraires libres
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire	-	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an	Extension du remboursement pris en charge par le socle jusqu'à un remboursement total de 1000 € par implant dont 200 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-	250 € / an	150 € / an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	50% BR
ORTHODONTIE refusée par la Sécurité sociale	-	-	250% BR théorique
OPTIQUE [5]			
EQUIPEMENT "100% SANTE" [6]			
*** Equipement Bénéficiaire de moins de 16 ans:** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.	90% BR	100% FR - RSS	-
*** Equipement Bénéficiaire de plus de 16 ans:** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.	90% BR	100% FR - RSS	-
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" [6]			
*** Equipement Bénéficiaire de moins de 16 ans:** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par an à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros			
Monture et deux verres simples	90% BR	420€-RSS	-
Monture et deux verres complexes	90% BR	700€- RSS	-
Monture et deux verres très complexes	90% BR	800€ - RSS	-
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	560 € - RSS	-
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	610€ - RSS	-
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	750€ - RSS	-
*** Equipement Bénéficiaire de plus de 16 ans:** Le renouvellement de l'équipement optique est limité à une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros			
Monture et deux verres simples	90% BR	280€ - RSS	4% PMSS
Monture et deux verres complexes	90% BR	600€ - RSS	4% PMSS
Monture et deux verres très complexes	90% BR	800€ - RSS	4% PMSS
Monture + un verre simple et un verre complexe	90% BR	440€ - RSS	4% PMSS
Monture + un verre simple et un verre très complexe	90% BR	540€ - RSS	4% PMSS
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	90% BR	700€ - RSS	4% PMSS
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période [7] de deux ans.	90% BR	TM + Forfait 300 €	Forfait de 15% PMSS - remboursement du contrat socle- RSS
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie
AUTRES GARANTIES			
MEDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	Ajout du psychologue pour enfants(12)
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile [8]	90% BR	Forfait 125 €	-
NAISSANCE / ADOPTION *Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption* [9]	-	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 (10)	RSS	TM	-
Accès aux services d'assistance [11]	Inter Mutuelles Assistance (IMA)		

(1) Le taux du Régime Local de Sécurité sociale peut varier lorsque l'adhérent se trouve en situation d'Affection Longue Durée (ALD). Toutefois, cette variation ne peut pas être répercutée sur le montant total de remboursement lorsque le médecin n'est pas adhérent à l' OPTAM/OPTAM-CO.

(2) Hospitalisation d'un enfant, ayant droit de l'assuré : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.

(3) 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) La prise en charge de(s) l'aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. A compter du 1er janvier 2021 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.
En ce qui concerne les **aides auditives des bénéficiaires de plus de 20 ans**, la base de remboursement de la Sécurité sociale est progressivement revalorisée pour atteindre 400€ en 2021 (contre 300€ en 2019) , à l'inverse les prix limites de ventes (applicables à l'équipement 100% santé) sont progressivement diminués pour atteindre 950€ en 2021 (contre 1300€ en 2019).

(5) Les prestations optiques répondent à la réglementation des contrats responsables et assurant 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 dans le "100% santé".

(6) 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.

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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.

(10) Hors prestations de santé mentionnées aux points 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale, conformément à la réglementation des contrats responsables.

(11) Voir notice Assistance IMA

(12) Enfants de moins de 18 ans, ayants droit de l'adhérent.

La présente grille est conforme aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention.

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 en vigueur le 1er janvier; OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ; OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgiens et Obstétriciens

AB VL