La CommunautéBPCE

ACCORD COLLECTIF DE GROUPE RELATIF AU REGIME SUPPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE 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,

PREAMBULE

Les discussions relatives à la mise en place d'un régime de remboursement des « frais de santé » ont été ouvertes au niveau de la Communauté BPCE. Dans ce cadre, les parties au présent accord ont souhaité mettre en place un régime harmonisé d'indemnisation des frais de soins de santé pour tous les collaborateurs de la Communauté.

Le présent accord intervient en complément d'un accord instaurant un régime de base « frais de santé » respectant le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Ce dernier présentant des limites sur la prise en charge de certains risques, la Communauté BPCE a fait le choix de prévoir un régime de santé supplémentaire obligatoire à destination de tous les collaborateurs.

Le régime de remboursement de frais de soins de santé des salariés de la Communauté BPCE est ainsi mis en œuvre au travers de « *l'Accord relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté du 12/05/2020 et du présent accord* ».

Il a été décidé ce qui suit en application de l'article L 911-1 du code de la Sécurité sociale.

VL

PB

Chapitre 1 – Objet et champ d'application de l'accord **4**
Article 1 : Objet de l'accord 4
Article 2 – Champ d'application 4
Article 2.1 – Périmètre 4
Article 2.2 – Evolution du périmètre visé à l'article 2.1 4
Chapitre 2 – Régime frais de santé **5**
Article 3 – Définition du régime et description de sa structure juridique 5
Article 3.1 – Définition du régime 5
Article 3.2 – Structure juridique du régime 5
Article 4 – Bénéficiaires 6
Article 4.1 – Participants 6
4.1.1 – Caractère obligatoire de l'adhésion 6
4.1.2 – Dispenses d'adhésion 6
Article 4.2 – Ayant droit 6
Article 5 – Organisme assureur 7
Article 6 – Typologie des garanties et niveau des prestations 7
Article 7 – Cotisations 7
Article 7.1 – Taux de cotisation 7
7.1.1 – Principe 7
7.1.2 –Montant 7
Article 7.2 – Répartition des cotisations 8
Article 8 – Evolution du régime 8
Article 9 – Modifications réglementaires 9
Article 10 – Terme des garanties 9
Article 11 – Maintien des garanties 9
Article 11.1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail 9
Article 11.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage 9
Article 11.3 – Maintien des garanties santé à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés 10
Article 11.4 – Maintien des garanties pour les ayants droits 10
Article 12 - Caractère indemnitaire du régime 10
Chapitre 3 – Dispositions générales **11**
Article 13 - Information des assurés 11

Article 13.1 – Information individuelle 11
Article 13.2 – Information collective 11
Article 14 - Commission de suivi de l'accord 11
Chapitre 4 : Dispositions finales 11
Article 15 – Date d'application et durée de l'accord 11
Article 16 – Révision 12
Article 17 – Dénonciation 12
Article 18 – Dépôt et publicité 13

PB

CV

VL

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

Article 1 : Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime frais de santé obligatoire supplémentaire au régime de base défini par l'accord relatif au régime santé de base des salariés de la Communauté BPCE dit « *l'Accord relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté du 12/05/2020* » dans la suite du texte.

En application de l'article L.2253-5 du code du travail en vigueur, les parties décident que les dispositions du présent accord se substituent aux dispositions applicables ayant le même objet 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 et bénéficiaires du régime de base de remboursement de frais de soins de santé défini par *« l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020 ».*

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

Toute évolution du périmètre défini à l'article 2.1 de « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » par entrée ou sortie d'une société du champ d'application de cet accord est applicable dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités au présent accord.

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 supplémentaire mis en place par le présent accord est un régime obligatoire familial, c'est-à-dire qu'il couvre le salarié et ses ayants droit tels que définis dans le contrat d'assurance supplémentaire mettant en œuvre la couverture santé.

Article 3.2 – Structure juridique du régime

Le régime de remboursement de frais 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 chapitre d'une part et d'un choix de garanties et un niveau de prestations définies à l'article 6 d'autre part.

Le régime de frais de santé mis en place par le présent accord est un régime collectif et obligatoire supplémentaire au régime de base. Il constitue ainsi un 3ème niveau de couverture des salariés en matière de remboursement de frais de soins de santé.

Il vient en effet compléter les deux niveaux du régime de base de remboursement de frais de soins de santé défini par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » et constitué :

- D'une part d'un contrat socle collectif à adhésion obligatoire qui intervient en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

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

Ce triple dispositif contractuel collectif et obligatoire – contrat socle, contrat surcomplémentaire, contrat supplémentaire – est indissociable. Il s'impose à l'ensemble des salariés comme indiqué à « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » concernant le régime de base et à l'article 4.1.1 du présent accord concernant le régime supplémentaire.

PB

VL

Article 4 – Bénéficiaires

Article 4.1 – Participants

4.1.1 – Caractère obligatoire de l'adhésion

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.

Tout participant et seul un participant au régime de base mis en place par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » est automatiquement et obligatoirement participant au présent régime supplémentaire.

4.1.2 – Dispenses d'adhésion

Les salariés bénéficiaires d'une dispense d'adhésion au régime de base mis en place par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » ne peuvent être affiliés au présent régime supplémentaire.

Dès qu'ils mettent un terme à la dispense d'adhésion au régime de base ou qu'ils ne remplissent plus les conditions pour bénéficier d'une dispense d'adhésion à ce régime, ils sont automatiquement et obligatoirement affiliés tant au régime de base qu'au présent régime supplémentaire.

Les salariés qui bénéficient du régime de base de remboursement de frais de santé prévu par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » ne peuvent pas faire valoir une dispense au titre du régime supplémentaire mis en place par le présent accord.

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 couverts par le régime de base mis en place par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » sont automatiquement et obligatoirement couverts par le présent régime supplémentaire.

Les ayants droit bénéficiaires d'une dispense d'adhésion au régime de base mis en place par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* ne peuvent être affiliés au régime supplémentaire.

PB VU

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, 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 santé supplémentaire obligatoire non responsable de remboursement de frais de santé est annexé au présent accord à titre informatif (annexe 2).

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.

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 au sein 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.

7.1.2 –Montant

Les cotisations du contrat supplémentaire 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 en vigueur 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 supplémentaire obligatoire** **(en % de l'assiette définie ci-avant)**
Salarié isolé	0,108%
Salarié + 1 ayant droit	0,192%
Salarié + 2 ayants droit ou plus	0,273 %

Article 7.2 – Répartition des cotisations

Les cotisations se répartissent de la façon suivante :

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

Article 8 – Evolution du régime

Les prestations du contrat supplémentaire obligatoire complètent celles fixées dans le CGN Santé (contrat socle) et le contrat surcomplémentaire de façon à ce que le cumul des prestations corresponde aux prestations du régime santé global de remboursement des frais de soins de santé mis en place par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* » et 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 mis en place par le présent accord et/ou du régime de base défini par *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020*, 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, les parties signataires du présent accord conviennent que les garanties du contrat supplémentaire seront automatiquement réduites par l'organisme assureur de façon à maintenir les conditions tarifaires antérieures.

PB VL

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 qui s'imposeront à eux et qui donneront 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 du présent 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

Le maintien des garanties du présent régime supplémentaire en cas de suspension du contrat de travail se fait dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que le maintien des garanties du régime de base défini par *« l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020 »* que ce soit pour les salariés dont la suspension est indemnisée (mêmes modalités et conditions tarifaires que les autres salariés) ou les salariés dont la suspension ne donne pas lieu à indemnisation (cotisation globale à la charge exclusive du salarié).

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

Le maintien des garanties du présent régime supplémentaire en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage se fait dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que le maintien des garanties du régime de base défini par *« l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020 »*.

CN VL PB

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, 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 soins de santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux sous réserve que les intéressés en fasse la demande dans les 6 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.
- 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 droits

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin en vigueur, 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, 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

Le suivi du régime supplémentaire mis en place par le présent accord est réalisé dans le cadre de la commission de suivi mise en place par « *l'Accord collectif de groupe relatif au régime de frais de santé de base des salariés de la Communauté BPCE du 12/05/2020* », selon les mêmes modalités.

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 ;

PB

CJ

VL

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 téléprocédure 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 Valère

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 suivantes :

BPCE SA

PB

VC

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,

PB

VL

Annexe 2 : grilles des garanties à titre informatif

PB

VL

Contrat Supplémentaire - 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.

	Supplémentaire [12] *dans la limite de*
HOSPITALISATION	
HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	0% BR (400% BR - TM si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
FRAIS DE SEJOUR	-
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	0% BR (400% BR - TM 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)	-
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	-
FRAIS D'ACCOMPAGNANT[2]	-
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120€	-
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites généralistes [3]	0% BR (20% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres [3]	0% BR (150% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Actes de spécialité et radiologie [3]	0% BR (100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	-
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	-
HONORAIRES PARAMEDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes ...)	-
TRANSPORT	-
MEDICAMENTS	
Pharmacie à 65 %	-
Pharmacie à 30 %	-
Pharmacie à 15 %	-
Pharmacie sur prescription médicale et non prise en charge par la Sécurité sociale Forfait par an par bénéficiaire	-
MATERIEL MEDICAL (hors aides auditives et équipement optique)	
Petit appareillage	-
Grand appareillage	-
AIDES AUDITIVES [4]	
EQUIPEMENT "100% SANTE" [5] **(à compter du 01/01/2021)**	-
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)	-
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	-
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)	-
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	-
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES acceptés par la Sécurité Sociale	
DENTAIRE	
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" [5]	-
SOINS HORS "100% SANTE" [5]	
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)	-
Inlay core accepté par la Sécurité sociale	-
PROTHESES HORS "100% SANTE" [5]	
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge	-
Inlay de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inlay de bridge supplémentaire	-
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	-
	-
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire	-
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	-
ORTHODONTIE refusée par la Sécurité sociale	-
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	-
*** 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	-
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	-
Monture et deux verres complexes	-
Monture et deux verres très complexes	-
Monture + un verre simple et un verre complexe	-
Monture + un verre simple et un verre très complexe	-
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	-
*** 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	-
Monture et deux verres complexes	-
Monture et deux verres très complexes	-
Monture + un verre simple et un verre complexe	-
Monture + un verre simple et un verre très complexe	-
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	-
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période[7] de deux ans.	-
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-
AUTRES GARANTIES	
MEDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile [8]	-
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption [9]	-
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]	-
Accès aux services d'assistance [11]	

(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

(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) Les garanties du contrat supplémentaire ne répondent pas à la réglementation des contrats responsables et font l'objet d'un contrat distinct.

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 VL

Contrat Supplémentaire - 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 exprimés 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 le dépense engagée

	Supplémentaire [12]
	dans la limite de
HOSPITALISATION	
HONORAIRES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	0% BR (400% BR - TM si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
FRAIS DE SEJOUR	-
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	0% BR (400% BR - TM 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	-
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	-
FRAIS D'ACCOMPAGNANT[2]	-
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120€	-
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites généralistes [3]	0% BR (20% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres [3]	0% BR (150% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Actes de spécialité et radiologie [3]	0% BR (100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	-
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	-
HONORAIRES PARAMEDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes…)	-
TRANSPORT	-
MEDICAMENTS	
Pharmacie à 90 %	-
Pharmacie à 80 %	-
Pharmacie à 15 %	-
Pharmacie sur prescription médicale et non prise en charge par la Sécurité sociale Forfait par an par bénéficiaire	-
MATERIEL MEDICAL (hors aides auditives et équipement optique)	
Petit appareillage	-
Grand appareillage	-
AIDES AUDITIVES [4]	
EQUIPEMENT "100% SANTE" [5] (à compter du 01/01/2021)	-
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)	-
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	-
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)	-
A compter du 1er Janvier 2021* Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	-
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES acceptés par la Sécurité Sociale	
DENTAIRE	
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" [5]	-
SOINS HORS "100% SANTE" [5]	
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)	-
Inlay core accepté par la Sécurité sociale	-
PROTHESES HORS "100% SANTE" [5]	
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge	-
Inlay de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inlay de bridge supplémentaire	-
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	- -
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire	-
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	-
ORTHODONTIE refusée par la Sécurité sociale	-
OPTIQUE [6]	
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	-
*** 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	-
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	-
Monture et deux verres complexes	-
Monture et deux verres très complexes	-
Monture + un verre simple et un verre complexe	-
Monture + un verre simple et un verre très complexe	-
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	-
*** 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	-
Monture et deux verres complexes	-
Monture et deux verres très complexes	-
Monture + un verre simple et un verre complexe	-
Monture + un verre simple et un verre très complexe	-
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	-
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période[7] de deux ans.	-
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-
AUTRES GARANTIES	
MEDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile [8]	-
NAISSANCE / ADOPTION *Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption* [9]	-
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)	-
Accès aux services d'assistance [11]	

(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 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) Les garanties du contrat supplémentaire ne répondent pas à la réglementation des contrats responsables et font l'objet d'un contrat distinct.

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 VL