

PROPOSITIONS DE GARANTIES 2020

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.



2020 - TRIP - ASVE - ASVO - ASVP - RG

NATURE DES PRESTATIONS	ASV Essentiel	ASV Optimum	ASV Premium
HOSPITALISATION			
HONORAIRES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	180% BR (160% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	400% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
FRAIS DE SÉJOUR	180% BR	200% BR	400% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX EN HOSPITALISATION	-	220% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	400% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
CHAMBRE PARTICULIÈRE (y compris hospitalisation ambulatoire et maternité). Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire	30 € / jour	50 € / jour	75€ / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
FRAIS D'ACCOMPAGNANT (2)	20 € / jour pour les enfants de moins de 12 ans	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPÉRIEURS À 120 €	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites généralistes (3)	120% BR (100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	200% BR (180% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	400% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres (3)	150% BR (130% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	400% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Actes de spécialité (3)	150% BR (130% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	-	-
Radiologie	120% BR (100% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	-	-
Actes de spécialité et radiologie (3)	-	300% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	400% BR (200% BR si médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	120% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	120% BR	200% BR	200% BR
TRANSPORT	100% BR	200% BR	200% BR
MÉDICAMENTS			
Pharmacie à 65 %	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 30 %	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 15 %	15% BR	100% BR	100% BR
MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)			
Petit appareillage	150% BR	260% BR	260% BR
Grand appareillage	190% BR	300% BR	300% BR

NATURE DES PRESTATIONS	ASV Essentiel	ASV Optimum	ASV Premium
AIDES AUDITIVES (4)	Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.		
ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (6) (à compter du 01/01/2021)	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (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 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020 : Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)	1 700 € par oreille	1 700 € par oreille	1 700 € par oreille
À compter du 1^{er} Janvier 2021* : Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	1 700 € par oreille	1 700 € par oreille	1 700 € par oreille
BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS			
Du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020 : Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et par année civile)	100% BR + 300 €	100% BR + Forfait 1 300 € par oreille	1 700 € par oreille
A compter du 1^{er} Janvier 2021* : Prothèses auditives (forfait en euros, par bénéficiaire et tous les 4 ans)	100% BR + 300 €	1 700 € par oreille	1 700 € par oreille
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES			
Consommables, piles et accessoires acceptés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES "100% SANTÉ" (6)	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
SOINS HORS "100% SANTÉ" (6)			
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale	100% BR	-	-
Inlay / Onlay	200% BR	-	-
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)	-	300% BR	400% BR
Inlay core accepté par la Sécurité sociale	-	200% BR	250% BR
PROTHÈSES HORS "100% SANTÉ" (6)			
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale - Forfait par bridge	-	100% BR + 1 170 € / bridge	100% BR + 1 170 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale - Forfait par inter de bridge supplémentaire	-	100% BR + 480 € / inter de bridge	100% BR + 480 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	250% BR (y compris inlay-core)	450% BR	500% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale, Forfait par implant et par bénéficiaire	250 € par implant limité à 2 implants par an	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an	1000 € dont 800 € pour l'implant racinaire et 200 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	-	250 € / an	400 € / an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale	250% BR	350% BR	350% BR

NATURE DES PRESTATIONS	ASV Essentiel	ASV Optimum	ASV Premium
OPTIQUE (5)			
ÉQUIPEMENT "100% SANTÉ" (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.			
	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
* 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.			
	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
ÉQUIPEMENT HORS "100% SANTÉ" (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 40 euros pour ASV Essentiel et à 100 euros ASV Optimum et ASV Premium.			
Monture + deux verres simples	150 €	420 €	420 €
Monture + deux verres complexes	295 €	700 €	700 €
Monture + deux verres très complexes	355 €	800 €	800 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	225 €	560 €	560 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	255 €	610 €	610 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	325 €	750 €	750 €
* 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 40 euros pour ASV Essentiel et à 100 euros ASV Optimum et ASV Premium.			
Monture + deux verres simples	130 €	280 €	280 €
Monture + deux verres complexes	225 €	600 €	600 €
Monture + deux verres très complexes	270 €	800 €	800 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	175 €	440 €	440 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	200 €	540 €	540 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	245 €	700 €	700 €
LENTILLES, OPÉRATION DE LA MYOPIE ET DE L'ŒIL			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale. Le forfait en euros est alloué par bénéficiaire et par période (7) de deux ans	100% BR (si intervention de la sécurité sociale) + 100 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait de 300 €	100% BR (si intervention de la Sécurité sociale) + Forfait de 300 €
Opération de la Myopie - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	230 € par œil	-	-
Opération de l'œil - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	Forfait de 1 000 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité inscrite au répertoire SIREN sous le n° 776466963 dont le siège social est : 7 rue Léon Patoux, CS 51032 - 51686 REIMS CEDEX 2

et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 Paris

NATURE DES PRESTATIONS	ASV Essentiel	ASV Optimum	ASV Premium
AUTRES GARANTIES			
MÉDECINE DOUCE Forfait de séances par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances / an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioptathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	50 € / séance Forfait limité à 3 séances / an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étioptathe, diététicien, psychomotricien, pédicure, podologue, psychologue
CURE THERMALE (OU THALASSOTHÉRAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile (8)	65% BR + Forfait de 80 €	65% BR + Forfait de 125 €	65% BR + Forfait de 400 €
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption (9)	-	Forfait de 20% du PMSS par enfant	Forfait de 20% du PMSS par enfant
AUTRES FRAIS			
Frais de santé donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, dont la prise en charge par la mutuelle n'est pas prévue dans les garanties figurant ci-dessus (10)	100% BR	100% BR	100% BR
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 1^{er} 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 de la / les première(s) lentille(s). 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 «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.

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

LEXIQUE :

RSS :
Remboursement de la Sécurité sociale

BR :
Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TM :
ticket modérateur = 100% BR - RSS

PMSS :
Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

OPTAM :
Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO :
Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens