



Mutuelle 2020 :

Prestations - Cotisations

SOMMAIRE

1	Soins courants.....	p.7
2	Hospitalisation et Cure Thermale	p.8
3	Dentaire	p.9
4	Autres Actes - Divers - Fonds d'Action Sociale	p.10
5	Aides Auditives	p.11
6	Optique	p.12
7	Optique : conditions de renouvellement.....	p.13
8	Exemples de remboursements	p.15
9	Justificatifs	p.19
10	Renvois - Lexique	p.20
11	Cotisations	p.21

“ 2020, le contexte réglementaire des contrats responsables évolue ”

Le décret N° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, adapte le cahier des charges des contrats responsables pour la mise en oeuvre de la réforme 100% santé telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les secteurs connaissant les restes à charge les plus élevés que sont l'optique, l'audiologie ou les soins prothétiques dentaires.

Aussi, la réforme 100% santé prolonge la logique poursuivie par la précédente réforme des contrats responsables autour de trois axes :

- ✓ Garantir le contenu santé en fixant des planchers de prise en charge ;
- ✓ Réguler les dépassements d'honoraires ;
- ✓ Agir sur les prix des équipements optiques, des aides auditives et des soins prothétiques dentaires.

Loi de Modernisation de
notre Système de Santé

Janvier 2020

Le 100% santé s'applique en optique et en dentaire

Janvier 2019

Mise en place des premiers PLV (Prix Limite de Vente)

Janvier 2018

Le Tiers payant généralisé évolue vers le Tiers payant généralisable

Janvier 2017

Mise en place du Tiers payant généralisé
Nouveaux Tiers payant :
médecins généralistes, spécialistes,
transport sanitaire, dentaire, sages-femmes

Contrat Responsable
Équipement optique

Notre prise en charge est limitée à
1 équipement tous les 2 ans
sauf dérogation

Pour en savoir plus, consultez les pages 5, 12 et 13

CONTRAT RESPONSABLE

PANIER MINIMUM DE GARANTIE

Prise en charge de la participation de l'assuré pour les soins de ville :

Sous réserve des exceptions listées et des périodicités de prise en charge rappelées ci-dessous, les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (couramment dénommés tarif de responsabilité ou tarif opposable) pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement au **titre du ticket modérateur**, figurent notamment :

- **Les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé ;**
- **Les médicaments dont la prise en charge par l'Assurance Maladie est fixée à 65% ;**
- **Les honoraires de dispensation** en lien avec l'ordonnance ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge ;
- **Les soins dentaires** y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100% santé) ou non ;
- **Les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale** à prise en charge renforcée ou non ;
- **La prestation d'adaptation** de l'ordonnance médicale de verres correcteurs, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- **Les frais d'acquisition des aides auditives** à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la Sécurité Sociale.

Par exception, **la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire** pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et les préparations homéopathiques.

Prise en charge de la participation de l'assuré pour les frais d'hospitalisation :

- **L'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation**, y compris la participation forfaitaire sur acte supérieur à 120€ ;
- **L'intégralité du forfait journalier hospitalier** mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

PRISE EN CHARGE DES FRAIS EXPOSÉS PAR L'ASSURÉ EN SUS DES TARIFS DE RESPONSABILITÉ POUR LES ÉQUIPEMENTS DU PANIER DE SOINS 100% SANTÉ

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé :

- **En optique médicale** dans la limite des Prix Limites de Vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et des prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité Sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du Prix Limite de Vente, déduction faite de la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- **En audiologie**, dans la limite des Prix Limites de Vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP ;
- **Pour les soins prothétiques dentaires** à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie.

PRISE EN CHARGE ENCADRÉE LORSQUE LE CONTRAT OFFRE DES GARANTIES SUPÉRIEURES AU TICKET MODÉRATEUR EN MATIÈRE DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX, D'ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE MÉDICALE OU D'AUDIOLOGIE AUTRES QUE 100% SANTÉ

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO) est plafonnée.

“ Si vous souhaitez vérifier la situation de votre médecin, vous pouvez consulter le site de l'Assurance Maladie sur : <http://ameli-direct.ameli.fr/> ”

Parallèlement, la prise en charge des équipements d'optique médicale et des aides auditives autres que 100% santé est encadrée.

▪ **Équipements d'optique médicale** : si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros.

Les garanties des contrats responsables ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à **un équipement composé d'une monture et de deux verres** :

- Par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, ces périodes peuvent être réduites sous réserve des dérogations listées en page 13 et 14 du présent livret.

L'appréciation des périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

▪ **Les aides auditives** : si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge de 1700 euros par aide auditive.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation des périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'aides auditives ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

LES INTERDICTIONS LIÉES AU HORS PARCOURS DE SOINS, LES PARTICIPATIONS FORFAITAIRES ET LES FRANCHISES :

Les modalités restent inchangées et à ce titre, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- La majoration du ticket modérateur ;
- La franchise sur les dépassements d'honoraires pour un spécialiste et ses actes de spécialités ;
- La participation forfaitaire de 1€ par consultation ;
- La franchise médicale de 0,50€ par boîte de médicaments et par acte médical ;
- La franchise de 2€ par transport sanitaire.

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base	Option 1	Option 2
			(en complément du remboursement Sécurité Sociale)	(en complément de la mutuelle de base)	(en complément de la mutuelle de base)
SOINS COURANTS		% de la BRSS ²	% de la BRSS ² ou Forfait		
Honoraires Médicaux Généralistes (consultations et visites)	OPTAM ⁷	70%	TM*	60% BRSS	60% BRSS
	Non OPTAM ⁸		TM	40% BRSS	40% BRSS
Honoraires Médicaux Spécialistes (consultations et visites)	OPTAM/OPTAM-Co ⁷	70%	TM	110% BRSS	130% BRSS
	Non OPTAM/Non OPTAM-Co ⁸		TM	90% BRSS	100% BRSS
Honoraires Kinésithérapeutes		60%	TM + 20% BRSS	0,50€/lettre clé ³	1€/lettre clé ³
Séances d'ostéopathie, chiropractie, étioopathie		-	40€/séance maxi 3 par an ¹² <i>(les 3 spécialités confondues)</i>	-	-
Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, podologues)		60%	TM	-	-
Consultation podologue (non prise en charge par l'Assurance Maladie)		-	25€/séance maxi 2 par an ¹²	-	-
Actes d'imagerie (ADI)	OPTAM ⁷	70%	TM + 120% BRSS	-	-
	Non OPTAM ⁸		TM + 100% BRSS		
Actes d'échographie (ADE)	OPTAM ⁷	70%	TM + 40% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM ⁸		TM + 20% BRSS	40% BRSS	80% BRSS
Actes de spécialité (ATM)	OPTAM ⁷	70%	TM + 40% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM ⁸		TM + 20% BRSS	40% BRSS	80% BRSS
Actes de petite chirurgie (ADC)	OPTAM ⁷	70%	TM + 70% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM ⁸		TM + 50% BRSS	40% BRSS	50% BRSS
Analyses et examens de laboratoire		60% - 70%	TM	-	-
Analyses et examens de laboratoire non pris en charge par l'Assurance Maladie (avec facture)		-	Forfait annuel 150€ ¹²	-	-
Médicaments		15% - 30% - 65%	TM	-	-
Produits pour diabétiques (pris en charge par l'Assurance Maladie)		100%	60% Frais réels	-	-
Accessoires, Pansements et Appareillages		60%	TM + 90% BRSS	-	-
Semelles orthopédiques prises en charge par l'Assurance Maladie		60%	Forfait 200€ ⁴ pour les 2 semelles	-	-
Prothèse capillaire prise en charge par l'Assurance Maladie		60% - 100%	Forfait 700€	-	-

* TM : ticket modérateur

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
HOSPITALISATION		% de la BRSS ²	% BRSS ² ou Forfait		
Frais de séjour		80%	TM	-	-
Forfait journalier sans limitation de durée (hors établissement médico-social, maisons d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD)		-	100% ⁶	-	-
Participation forfaitaire sur acte supérieur à 120€		-	100%	-	-
Chambre particulière (toutes spécialités confondues)		-	50€/jour max 60 jours/an ⁶⁻¹²	30€/jour max 60 jours/an ⁶⁻¹²	30€/jour max 60 jours/an ⁶⁻¹²
Chambre particulière Maternité		-	80€/jour/an ¹² max 8 jours	-	-
Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans (sur présentation d'une facture acquittée et du bulletin de situation de l'enfant hospitalisé)		-	35€/jour max 15 jours/an ¹²	-	-
Honoraires de praticiens	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	80% - 100%	TM + 300% BRSS	-	-
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸		TM + 100% BRSS		
Transports		65%	TM	-	-
CURE THERMALE			% BRSS ² ou Forfait		
Hors hospitalisation	Sans frais d'hébergement	65% - 70%	TM ou Forfait 252€	-	-
	Avec frais d'hébergement			-	Forfait 160€
Sous hospitalisation (Sous déduction du forfait journalier) Aucune prise en charge ne sera établie	Sans chambre particulière	80% - 100%	TM ou Forfait 252€	-	-
	Avec chambre particulière			-	Forfait 160€
SOINS EXTERNES EN CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE EN MILIEU MARIN					
Soins de rééducation fonctionnelle en externe		80%	TM	-	-
Si frais d'hébergement (21 jours maximum)		-	1/21 ^{ème} de 252€ prorata temporis du nombre de séances	-	-

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)		
DENTAIRE	% de la BRSS ²	% BRSS ² ou Forfait				
Soins dentaires	70%	TM + 25% BRSS	-	-		
Scan dentaire non pris en charge par l'Assurance Maladie	-	120€ ⁴	-	-		
Orthodontie	70% - 100%	TM + 365% BRSS	-	-		
Orthodontie non prise en charge par l'Assurance Maladie (Forfait limité à un seul traitement durant la vie du contrat à la Mutuelle)	-	Forfait 700€ pour l'ensemble du traitement	Forfait 150€ pour l'ensemble du traitement	Forfait 300€ pour l'ensemble du traitement		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente fixés par la réglementation ou aux articles L.165-1, L.165-3, L.165-9, L.162-14-2, L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)	70%	PRISE EN CHARGE INTEGRALE = ZERO reste à charge				
Soins et prothèses à TARIFS MAÎTRISÉS						
Inlay - Onlay	70%	TM + 170% BRSS	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 600€	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 1200€		
Prothèses fixes ou mobiles, Inlay-Core		TM + 220% BRSS				
Prothèses provisoires		TM + 500% BRSS				
Soins et prothèses à TARIFS LIBRES						
Inlay - Onlay	70%	TM + 170% BRSS			Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 600€	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 1200€
Prothèses fixes ou mobiles, Inlay-Core		TM + 220% BRSS				
Prothèses provisoires		TM + 500% BRSS				
Prothèses et prothèses provisoire non prises en charge par l'Assurance Maladie mais figurant à la CCAM* (sur présentation de la facture acquittée)	-	250% BRSS				
Soins de parodontologie non pris en charge par l'Assurance Maladie	-	Forfait 300€/an ¹²	Forfait 315€/an ¹²	Forfait 630€/an ¹²		
Implantologie						
Implants (limités à 4 implants par an et par bénéficiaire sur présentation de la facture acquittée)	-	220€/implant ⁵	250€/implant ⁵	520€/implant ⁵		
Pilier (sur présentation de la facture acquittée)	-	80€/pilier	50€/pilier	80€/pilier		

*CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
AUTRES ACTES	% de la BRSS ²	% BRSS ² ou Forfait		
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie	-	Forfait de 60€ ⁴	-	-
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage	60%	TM	-	-
Vaccin anti-grippe (avec facture détaillée)	-	100% des frais réels	-	-
Vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie (avec facture détaillée)	-	Forfait de 60€/an ¹²	20€	40€
Contraception féminine non prise en charge par l'Assurance Maladie (avec prescription médicale)	-	Forfait de 80€/an ¹²	-	-
Sevrage tabagique ¹³ (après remboursement du forfait de l'Assurance Maladie)	150€/an	Forfait de 100€/an ¹²	-	-
Consultation diététicien	-	30€/séance max 2/an ¹²	-	-
DIVERS				
Allocation naissance (sous forme de C'KDO dématérialisé)	-	5% du PMSS*	-	-
Psychologue clinicien / Psychothérapeute clinicien / Psychomotricien / Ergothérapeute	-	Sur dossier (A)	-	-
FONDS D'ACTION SOCIALE				
Allocations exceptionnelles	-	Sur dossier (A)	-	-
Aides à la personne	-	Sur dossier (A)	-	-
Aides aux personnes en situation de handicap	-	Sur dossier (B)	-	-

(A) Elles peuvent être accordées aux adhérents et aux ayants droit, à l'appui d'un dossier reprenant les justifications des ressources et des dépenses, dossier adressé à :
Mutuelle du Groupe BNP Paribas - Fonds d'Action Sociale - CKA01A1 / 3-5-7, rue du Général Compans 93500 Pantin

(B) Elles peuvent être accordées à l'adhérent, son conjoint et/ou à son enfant, sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité > à 50%, attribuée par la Commission Départementale de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), en cours de validité, concernant des frais directement liés au handicap. Vous trouverez plus de détails concernant le Fonds d'Action Sociale sur notre site :
www.mutuelle.bnpparibas.fr → espace adhérent → rubrique Infos générales → Fonds d'Action Sociale, page 2.

Le Fonds d'Action Sociale de la Mutuelle accorde des allocations exceptionnelles dans un budget maîtrisé (ne pouvant excéder 5% du total des prestations versées par la Mutuelle au titre de l'exercice précédent). Les soins soumis aux dispositions du Contrat Responsable ne relèvent pas d'une allocation du Fonds d'Action Sociale.

* Valeur au 01/01/2020 du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) : 3428€

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	PLV (Prix Limite de Vente)	Remboursement de la Mutuelle			
AIDES AUDITIVES						
Equipement 100% SANTÉ - (Classe I) (tels que définis réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente fixés par la réglementation ou aux articles L.165-1, L.165-3, L.165-9, L.162-14-2, L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)						
Prothèse auditive adulte > 20 ans*	60%	1100€	PRISE EN CHARGE INTEGRALE =			
Prothèse auditive enfant et adulte <= 20 ans*		1400€				ZERO reste à charge
Equipement à TARIFS LIBRES - (Classe II)						
Prothèse auditive adulte > 20 ans*	60%		% BRSS ² ou Forfait			
Prothèse auditive enfant et adulte <= 20 ans*			Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)	
Consommables, piles et accessoires			Forfait 600€/appareil	Forfait 300€/appareil	Forfait 600€/appareil	
			TM	Forfait 150€/appareil	Forfait 300€/appareil	
	Forfait 75€/appareil					

*La prise en charge est limitée à un équipement par période de 4 ans calculée à compter de la date de facturation. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	PLV (Prix Limite de Vente)	Remboursement de la Mutuelle																					
OPTIQUE																								
Equipement 100% SANTÉ (Classe A) (tels que définis réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente fixés par la réglementation ou aux articles L.165-1, L.165-3, L.165-9, L.162-14-2, L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)																								
Monture	60%	30€	PRISE EN CHARGE INTEGRALE = ZERO reste à charge Prise en charge dans la limite du PLV ou du TM																					
Supplément monture de lunettes à coques enfant de moins de 6 ans		20€																						
Verre		de 32,50€ à 170€																						
Suppléments et prestations optiques (prestation d'appairage, d'adaptation, filtres)		5€ à 10€																						
Equipement à TARIFS LIBRES (Classe B)																								
Monture	60%		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #d3d3d3;">% BRSS² ou Forfait</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">Mutuelle de base <small>(en complément du remboursement Sécurité Sociale)</small></th> <th style="width: 33%;">Option 1 <small>(en complément de la mutuelle de base)</small></th> <th style="width: 33%;">Option 2 <small>(en complément de la mutuelle de base)</small></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">50€</td> <td style="text-align: center;">25€</td> <td style="text-align: center;">45€</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">55€/verre</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">40€/verre</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">65€/verre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">155€/verre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">235€/verre</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TM</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table>			% BRSS ² ou Forfait			Mutuelle de base <small>(en complément du remboursement Sécurité Sociale)</small>	Option 1 <small>(en complément de la mutuelle de base)</small>	Option 2 <small>(en complément de la mutuelle de base)</small>	50€	25€	45€	55€/verre	40€/verre	65€/verre	155€/verre	235€/verre			TM	-	-
% BRSS ² ou Forfait																								
Mutuelle de base <small>(en complément du remboursement Sécurité Sociale)</small>		Option 1 <small>(en complément de la mutuelle de base)</small>				Option 2 <small>(en complément de la mutuelle de base)</small>																		
50€		25€				45€																		
55€/verre		40€/verre				65€/verre																		
155€/verre																								
235€/verre																								
TM	-	-																						
Verre simple																								
Verre complexe																								
Verre très complexe																								
Suppléments et prestations optiques (prestation d'appairage, d'adaptation, filtres, prisme, verres iséiconiques, système antiptosis)																								
Autres																								
Lentilles de contact correctives (paires)	60%		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #d3d3d3;">% BRSS² ou Forfait</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Forfait unique annuel¹² 400€</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">500€/oeil</td> <td style="text-align: center;">100€/oeil</td> <td style="text-align: center;">200€/oeil</td> </tr> </tbody> </table>			% BRSS ² ou Forfait			Forfait unique annuel ¹² 400€	-	-	500€/oeil	100€/oeil	200€/oeil										
% BRSS ² ou Forfait																								
Forfait unique annuel ¹² 400€	-	-																						
500€/oeil	100€/oeil	200€/oeil																						
	-																							
Opération laser de l'oeil (myopie, presbytie...)	-																							

Choisissez un opticien du réseau **KALIXIA** et profitez de tarifs négociés en présentant votre **Attestation Tiers payant**.

OPTIQUE : Conditions de renouvellement

ADULTES et ENFANTS >= 16 ans		
CAS	DÉLAIS	MOTIFS
Standards	Tous les 2 ans à compter de la date de facturation	Néant
Dérogatoires	1 an minimum (à compter de la date de facturation du 1 ^{er} équipement)	<p>La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessous) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.</p> <ul style="list-style-type: none"> - variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 de dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 de dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 de dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 de dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 de dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 de dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 de dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 de dioptries.
	Sans délai	<p>Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératopathies évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive. - Les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique. - Les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. <p>La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.</p>

OPTIQUE : Conditions de renouvellement

ENFANTS de 0 à < 16 ans		
CAS	DÉLAIS	MOTIFS
Standards	1 an à compter de la date de facturation	Néant
Dérogatoires	Minimum 6 mois à compter de la date de facturation pour les enfants jusqu'à 6 ans	Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
	Sans délai minimum pour les enfants de 0 à < 16 ans	Par dérogation, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.


EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS HORS 100% SANTÉ

CONSULTATION MÉDICALE : 60€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 25€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>La consultation chez mon spécialiste signataire de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO⁷ m'a coûté 60€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	17,50€	7,50€	35,00€
	Base + Option 1	17,50€	35,00€	7,50€
	Base + Option 2	17,50€	40,00€	2,50€


CONSULTATION MÉDICALE : 60€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 25€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>La consultation chez mon spécialiste non signataire de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO⁷ m'a coûté 60€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	17,50€	7,50€	35,00€
	Base + Option 1	17,50€	30,00€	12,50€
	Base + Option 2	17,50€	32,50€	10,00€

CONSULTATION MÉDICALE : 140€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 25€.		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>La consultation chez mon spécialiste signataire de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO⁷ m'a coûté 140€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	17,50€	7,50€	115,00€
	Base + Option 1	17,50€	35,00€	87,50€
	Base + Option 2	17,50€	40,00€	82,50€


EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS HORS 100% SANTÉ


DENTAIRE : 2000€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 120€/Couronne		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>Mon dentiste vient de me poser deux couronnes dentaires (1000€ par couronne) sur dents visibles, ma dépense est de 2000€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	168,00€	600,00€	1232,00€
	Base + Option 1	168,00€	1200,00€	632,00€
	Base + Option 2	168,00€	1800,00€	32,00€


DENTAIRE : 350€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 100€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>Exemple : mon dentiste vient de me facturer un Inlay-Onlay pour 350€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	70,00€	200,00€	80,00€
	Base + Option 1	70,00€	280,00€	0,00€
	Base + Option 2	70,00€	280,00€	0,00€


DENTAIRE : 1500€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>Mon dentiste m'a posé un implant non pris en charge par l'Assurance maladie. Ma dépense est de 1500€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	0,00€	220,00€	1280,00€
	Base + Option 1	0,00€	470,00€	1030,00€
	Base + Option 2	0,00€	740,00€	760,00€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS HORS 100% SANTÉ

OPTIQUE : 308€ Sur une base de 1 monture et 2 verres simples (classe B)		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>J'achète une paire de lunettes avec des verres simples. La monture coûte 130€ Et chaque verre 89€, soit au total 308€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	0,09€	160,00€	147,91€
	Base + Option 1	0,09€	265,00€	42,91€
	Base + Option 2	0,09€	307,91€	0,00€

OPTIQUE : 596€ Sur une base de 1 monture et 2 verres complexes (Classe B)		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>J'achète une paire de lunettes avec des verres complexes. La monture coûte 130€ et chaque verre 233€, soit au total 596€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	0,09€	360,00€	235,91€
	Base + Option 1	0,09€	465,00€	130,91€
	Base + Option 2	0,09€	535,00€	60,91€

OPTIQUE : 846€ Sur une base de 1 monture et 2 verres très complexes (Classe B)		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>J'achète une paire de lunettes avec des verres très complexes. La monture coûte 130€ et chaque verre 358€, soit au total 846€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	0,09€	520,00€	325,91€
	Base + Option 1	0,09€	625,00€	220,91€
	Base + Option 2	0,09€	695,00€	150,91€

OPTIQUE : 1000€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
 <p>Je viens de subir une opération au Laser de l'oeil droit non pris en charge par l'Assurance maladie pour corriger ma myopie. Cette intervention m'a coûté 1000€. Quel sera mon remboursement ?</p>	Base	0,00€	500,00€	500,00€
	Base + Option 1	0,00€	600,00€	400,00€
	Base + Option 2	0,00€	700,00€	300,00€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS HORS 100% SANTÉ

HOSPITALISATION : 120€/jour		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge	
	Chambre particulière facturée 120€ par jour par l'établissement hospitalier	Base	0,00€	50,00€	70,00€
		Base + Option 1	0,00€	80,00€	40,00€
		Base + Option 2	0,00€	80,00€	40,00€
HOSPITALISATION : 20€/jour		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge	
	Forfait Journalier hospitalier 20€/jour	Base	0,00€	20,00€	0,00€
HOSPITALISATION : 421,70€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 271,70€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge	
	Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent optam-co) de 150€ Opération chirurgicale de la cataracte	Base	271,70€	150,00€	0,00€
HOSPITALISATION : 751,70€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 271,70€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge	
	Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent optam-co) de 480€ Opération chirurgicale de la cataracte	Base	271,70€	271,70€	208,30€
AIDES AUDITIVES : 1 554€ Sur une base de remboursement Sécurité Sociale de 350€		Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge	
	Exemple : un appareil auditif de classe II pour un adulte de plus de 20 ans, j'achète un appareil dont le prix est de 1 554€. Quel sera mon remboursement ?	Base	210,00€	600,00€	744,00€
		Base + Option 1	210,00€	900,00€	444,00€
		Base + Option 2	210,00€	1200,00€	144,00€

JUSTIFICATIFS À FOURNIR	Dossiers remboursés par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire)	VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE			VOUS NE BÉNÉFICIEZ PAS DE LA TÉLÉTRANSMISSION
		Vous avez réglé vos soins intégralement	Vous avez bénéficié du Tiers payant de l'Assurance Maladie (AMO) Vous n'avez réglé que la part Mutuelle (AMC)	Vous avez bénéficié du Tiers payant intégral (AMO+AMC) Vous n'avez rien réglé	
Soins médicaux et paramédicaux, Consultations, examens radiologiques, Actes de spécialités (ATM), échographie, pharmacie, auxiliaires médicaux, transport médical, appareillage, soins dentaires)	OUI	Néant(*)	Facture acquittée	Néant(*)	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
Hospitalisation (forfait journalier, notes d'honoraires, chambre particulière, frais accompagnant, etc.)	OUI	Hospitalisation en clinique : bordereau de facturation (T2A) acquitté et notes d'honoraires Hospitalisation à l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation paiement			
Dentaire	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	Néant(*)	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
	NON	Facture détaillée et acquittée			
Optique - Aides auditives	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	Néant(*)	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
Lentilles et Opérations Laser	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	Néant(*)	
	NON	Facture détaillée et acquittée			
Vaccination / Contraception	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	Néant(*)	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
	NON	Facture détaillée et acquittée			
Cures Thermales	OUI	Néant(*)	Facture hébergement et établissement thermal	Non concerné	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
Ostéopathie / Chiropractie / Etiopathie Podologie	NON	Facture détaillée avec numéro ADELI ou RPPS ou FINSS et acquittée			
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance maladie	NON	Facture détaillée et acquittée			
Allocation Naissance (C'KDO dématérialisé)	NON	Acte de naissance			
Modification de la télétransmission	Mise à jour par NOÉMIE	Attestation CPAM en cours de validité (pensez à mettre à jour votre carte vitale)			

NB : Lorsque la Mutuelle intervient en tant que seconde mutuelle, le décompte de la première mutuelle doit être fourni

(*) Remboursement automatique sans intervention de l'adhérent, sans justificatif à fournir

RENOIS

- 1 - Ce taux de remboursement s'applique au tarif général de l'Assurance Maladie. Il est différent pour les régimes Alsace-Moselle, SNCF et Caisse des Notaires.
- 2 - Les pourcentages indiqués s'appliquent à la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS). Ils ne comprennent pas les remboursements de l'Assurance Maladie. Ils diffèrent en fonction des autres régimes de l'Assurance Maladie (autres que le régime général) et pour les soins liés à une Affection de Longue Durée (ALD).
- 3 - La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est élaborée réglementairement pour déterminer les tarifs des soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Exemple : kinésithérapeute, participation dans le cadre d'options

1 séance codifiée AMK9 = 1 AMK9 :

Option 1 : 0,50€ x la lettre-clé soit 0,50€ x 9 x 1 = 4,5€

Option 2 : 1€ x la lettre-clé soit 1€ x 9 x 1 = 9€

10 séances codifiées AMK9 = 10 AMK9 :

Option 1 : 0,50€ x la lettre-clé soit 0,50€ x 9 x 10 = 45€

Option 2 : 1€ x la lettre-clé soit 1€ x 9 x 10 = 90€

- 4 - Forfait par acte.
- 5 - Un seul implant par dent manquante (hors mini-implant).
- 6 - Sauf maternité et cure thermale.
- 7 - OPTAM : Médecins adhérents à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique).
- 8 - NON OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / NON OPTAM - CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique) Médecins qui n'adhèrent pas à ces options.
- 9 - Un équipement = 1 monture + 2 verres.
- 10 - Cette date est déterminée par la date de facturation (voir pages 13 et 14).
- 11 - Par dérogation, enfant mineur et évolution de la vue (voir pages 13 et 14).
- 12 - Forfait par année civile.
- 13 - Sur production du décompte de l'Assurance Maladie ou de la version électronique du décompte AMELI.fr.
- 14 - Forfait alloué par période de 4 ans à compter de la date de facturation de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Les modalités de remboursement (pièces justificatives etc.) sont détaillées dans le règlement mutualiste.

LEXIQUE

TM : Ticket Modérateur

Il représente la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie dans la limite de la BRSS. Son taux varie en fonction des actes et/ou médicaments, de votre situation, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale ou Tarif de convention (consultable sur ameli.fr)

Il s'agit d'un tarif fixé par la Sécurité Sociale qui sert à définir la somme qui vous est remboursée après un acte médical. Selon les actes médicaux, vous percevez un pourcentage variable de la BRSS de 15 à 100%.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

Il sert de base pour de nombreuses cotisations et prestations sociales. La valeur pour l'année est généralement connue en décembre de l'année précédente.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

OPTAM/OPTAM-CO :

Depuis le 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est remplacé par deux options tarifaires :

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) ;

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

PLV : Prix limite de vente

NOÉMIE : Norme Ouverte d'Echanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs

COTISATIONS ADHÉRENTS (1)

SALARIÉS (A)

COTISATION SALARIALE

- Salaire mensuel **inférieur ou égal** au plafond de la Sécurité Sociale : **Cotisation = 19,00€**
- Salaire mensuel **supérieur au plafond** de la Sécurité Sociale : **Cotisation = 19,00€ + 0,75%***
*(*du salaire mensuel supérieur au plafond de la Sécurité Sociale, dans la limite de deux plafonds de la Sécurité Sociale avec une cotisation plafond de 44,71€)*

Salaire mensuel = salaire conventionnel annuel brut de base à temps plein
Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (P.M.S.S.) : 3428€ au 01/01/2020

COTISATION PATRONALE

- Salaire mensuel **inférieur ou égal** au plafond de la Sécurité Sociale : **Cotisation = 27,70€**
- Salaire mensuel **supérieur au plafond** de la Sécurité Sociale : **Cotisation = 27,70€ + 0,50%***
*(*du salaire mensuel supérieur au plafond de la Sécurité Sociale, dans la limite de deux plafonds de la Sécurité Sociale)*

RETRAITÉS (B)

≤ 120% du P.M.S.S.	75,00€
> à 120% du P.M.S.S.	90,00€

NB : Pour les départs intervenant depuis le 1^{er} juillet 2017, le tarif est appliqué conformément au décret du 23 mars 2017 modifiant la loi Evin. En aucun cas votre cotisation ne pourra excéder les tarifs mentionnés ci-dessus.

SALARIÉS (A') * ayant quitté la banque au plus tard au 31/12/2015 (sous certaines conditions) = B + 30%

≤ 120% du P.M.S.S.	97,50€
> à 120% du P.M.S.S.	117,00€

(*) La cotisation de base des ayants droit est également majorée de 30 %.

(1) Conformément à l'article 9 du Règlement mutualiste, la cotisation est minorée de 10% pour les adhérents et ayants droit bénéficiant du régime Alsace Moselle (Départements : du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle).



En aucun cas la cotisation ne pourra excéder les tarifs mentionnés ci-dessus.

COTISATIONS AYANTS DROIT
CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) (C)

- de 40 ans	42,00€
De 40 ans à 59 ans	59,00€
À partir de 60 ans	92,00€

CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) (A')
d'un adhérent ayant quitté l'entreprise C + 30 %

	54,60€
	76,70€
	119,60€

ENFANTS (E)

De 0 à - de 28 ans	23,00€
Gratuité à partir du 3 ^e enfant*	-

* À condition que les 3 enfants aient moins de 20 ans

ENFANT DE L'ADHÉRENT (A')
ayant quitté l'entreprise E + 30%

	29,90€
	-

ENFANT DE L'ADHÉRENT, EN SITUATION DE HANDICAP (F - F')

F : Sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité > à 80% attribuée par la CDAPH, en cours de validité	Exonération de la cotisation
F' : Sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité de 50% à 79% et/ou l'attribution de l'AAH* par la CDAPH**, en cours de validité	29,90€

* AAH : Allocation aux adultes handicapés

** CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

ENFANT DE L'ADHÉRENT (A') ayant quitté l'entreprise, en situation de handicap F' + 30%

	-
	38,87€

ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT (D)

Ascendant	92,00€
-----------	--------

ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT (A')
ayant quitté l'entreprise D + 30%

	119,60€
--	---------

COTISATIONS DES OPTIONS ADHÉRENTS-AYANTS DROIT

SALARIÉS	Option 1	Option 2
Adulte et enfant de 20 ans à - 28 ans	12,00€	27,00€
Enfant de - 20 ans jusqu'au 2 ^e	5,00€	10,00€
Gratuité à partir du 3 ^e enfant *		

RETRAITÉS	Option 1	Option 2
Adulte et enfant de 20 ans à - 28 ans	14,00€	30,00€
Enfant de - 20 ans jusqu'au 2 ^e	5,00€	10,00€
Gratuité à partir du 3 ^e enfant *		



Vous pouvez également consulter l'article 6 du règlement pour plus de précisions sur le fonctionnement des options.

*À condition que les 3 enfants aient moins de 20 ans et qu'ils bénéficient de la même option.

