

CONTRATS SOCLE - SURCOMPLÉMENTAIRE - SUPPLÉMENTAIRE - BPCE HORS GFS - 2025

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 le participant (prestation Sécurité sociale + remboursement BPCE Mutuelle) ne peut pas excéder la dépense engagée.



HOSPITALISATION

		Sécurité sociale <sup>(1)</sup> (valeurs indicatives)	Socle dans la limite de	Surcomplémentaire dans la limite de	Supplémentaire <sup>(14)</sup> dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle)
HONORAIRES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX (consultations et actes)	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	380% BR - TM	0% BR	500% BR + RSS
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	-	400% BR - TM	500% BR + RSS
FRAIS DE SEJOUR		80% ou 100% BR	TM + 100 % BR	400% BR - TM	-	500% BR + RSS
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN HOSPITALISATION	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 120% BR	380% BR - TM	0% BR	500% BR + RSS
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100% BR	TM + 100% BR	-	400% BR - TM	500% BR + RSS
CHAMBRE PARTICULIERE (y compris hospitalisation ambulatoire et maternité, Sous réserve que l'hospitalisation fasse l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire)		-	50 € / jour	2,4 % PMSS - 50 € / jour	-	2,4 % PMSS / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		-	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
FRAIS D'ACCOMPAGNANT <sup>(2)</sup>		-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans	-	-	100% frais réels pour les enfants de moins de 15 ans
FORFAIT PATIENT URGENCES (FPU) <sup>(3)</sup>		-	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE POUR LES ACTES SUPERIEURS A 120€		-	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels



SOINS COURANTS

HONORAIRES MEDICAUX						
Consultations et visites généralistes <sup>(4)</sup>	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	-	0% BR	200% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 80% BR	-	20% BR	200% BR
Consultations et visites spécialistes et neuropsychiatres <sup>(4)</sup>	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 200% BR	50% BR	-	350% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	-	150% BR	350% BR
Actes de spécialité et radiologie <sup>(4)</sup>	Médecin adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 200% BR	-	-	300% BR
	Médecin non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO	70% BR	TM + 100% BR	-	100% BR	300% BR



SOINS COURANTS

Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	-	100% des frais réels	-	-	100% des frais réels
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	60% BR	TM + 100% BR	-	-	200% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX (infirmière, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	60% BR	TM + 100% BR	-	-	200% BR
TRANSPORT	65% BR	TM + 100% BR	-	-	200% BR
MEDICAMENTS					
Pharmacie à 65 %	65% BR	TM	-	-	100% BR
Pharmacie à 30 %	30% BR	TM	-	-	100% BR
Pharmacie à 15 %	15% BR	TM	-	-	100% BR
Pharmacie sur prescription médicale et non prise en charge par la Sécurité Sociale <sup>(15)</sup> Forfait par an par bénéficiaire	-	-	80 % des frais réels limité à 4 % PMSS	-	80% des frais réels limité à 4 % PMSS
MATÉRIEL MÉDICAL (hors aides auditives et équipement optique)					
Petit appareillage	60% BR	TM + 160% BR	Prothèses capillaires et mammaires : 80% BR Semelles orthopédiques : 140% BR Autres : 40 % BR	-	Prothèses capillaires et mammaires : 340% BR Semelles orthopédiques: 400% BR Autres : 300% BR
Grand appareillage	100% BR	TM + 200% BR	40% BR	-	340% BR



AIDES AUDITIVES <sup>(5)</sup>

Les remboursements s'entendent par oreille et par bénéficiaire.

EQUIPEMENT "100% SANTE" <sup>(7)</sup>	60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels
EQUIPEMENT HORS "100% SANTE" <sup>(7)</sup> <i>* 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</i>					
Bénéficiaire de moins de 20 ans					
Prothèses auditives Forfait par bénéficiaire tous les 4 ans	60% BR	1 700€ - RSS par oreille	-	-	1 700€ par oreille
Bénéficiaire de plus de 20 ans					
Prothèses auditives Forfait par bénéficiaire tous les 4 ans	60% BR	TM + Forfait 600€ par oreille	Forfait de 300 € par oreille	-	100% BR + Forfait 900 € par oreille
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES acceptés par la Sécurité sociale	RSS	TM	-		100% BR



DENTAIRE

		Sécurité sociale <sup>(1)</sup> (valeurs indicatives)	Socle dans la limite de	Surcomplémentaire dans la limite de	Supplémentaire <sup>(14)</sup> dans la limite de	Total pour le participant à titre indicatif (Sécurité Sociale + remboursement mutuelle)
SOINS ET PROTHESES "100% SANTE" <sup>(7)</sup>		60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels
SOINS HORS "100% SANTE" <sup>(7)</sup>						
Soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale (y compris inlay, onlay)		60% BR	TM + 200% BR	Soins dentaire hors Inlay Onlay : 0% BR Inlay Onlay : 100% BR	-	Soins Dentaires hors Inlay Onlay : 300% BR Inlay Onlay: 400% BR
Inlay core accepté par la Sécurité sociale		60% BR	TM + 100% BR	160% BR	-	360% BR
PROTHESES HORS "100% SANTE" <sup>(7)</sup>						
Bridge 3 éléments acceptés par la Sécurité sociale Forfait par bridge		60% BR	TM + 1 170 € / bridge	130 €	-	100% BR + 1 300 € / bridge
Inter de bridge supplémentaire accepté par la Sécurité sociale Forfait par inter de bridge supplémentaire		60% BR	TM + 480 € / inter de bridge	55 €	-	100% BR + 535 € / inter de bridge
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	Honoraires maîtrisés <sup>(7)</sup>	60% BR	TM + 350% BR	150% BR	-	600% BR
	Tarifs libres	60% BR	TM + 350% BR	150% BR	-	600% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE refusée par la Sécurité sociale Forfait annuel par implant et par bénéficiaire		-	600 € dont 500 € pour l'implant racinaire et 100 € pour le pilier implantaire limité à 3 implants par an	Extension du remboursement pris en charge par le socle jusqu'à un remboursement total de 33% PMSS, dont 27% PMSS pour l'implant racinaire et 6% PMSS pour le pilier implantaire	-	Forfait de 33% PMSS dont 27% PMSS pour l'implant racinaire et 6% PMSS pour le pilier implantaire limité à 3 implants / an
PARODONTOLOGIE refusée par la Sécurité sociale Forfait annuel par bénéficiaire"		-	250 €	Extension du forfait du socle jusqu'à 12% PMSS	-	Forfait de 12% PMSS par an
ORTHODONTIE acceptée par la Sécurité sociale		100% BR	250% BR	100% BR	-	450% BR
ORTHODONTIE refusée par la Sécurité sociale (limitée à 6 semestres)		-	-	300% BR théorique	-	300% BR théorique



OPTIQUE <sup>(6)</sup>

EQUIPEMENT "100% SANTE" <sup>(7)</sup>						
* 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 dernière facturation figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. Cette période n'est pas opposable en cas d'évolution de la vue donnant lieu à une nouvelle prescription ophtalmologique. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.		60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	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 dernière facturation figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros.		60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels

Sécurité sociale <sup>(1)</sup>  
(valeurs indicatives)

Socle  
dans la limite de

Surcomplémentaire  
dans la limite de

Supplémentaire <sup>(14)</sup>  
dans la limite de

Total pour le participant  
à titre indicatif  
(Sécurité Sociale + remboursement mutuelle)



OPTIQUE

EQUIPEMENT HORS “100% SANTE” <sup>(7)</sup>

\* 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 dernière facturation 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 + deux verres simples	60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels
Monture + deux verres complexes	60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels
Monture + deux verres très complexes	60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	100% des frais réels
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	100% des frais réels - RSS	-	-	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 dernière facturation figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale.. En cas de changement de la vue, la période peut alors être réduite à un an. La prise en charge de la monture est limitée à 100 euros.

Monture et deux verres simples	60% BR	280€ - RSS	4% PMSS	-	280 € + 4% PMSS
Monture et deux verres complexes	60% BR	600€ - RSS	4% PMSS	-	600 € + 4% PMSS
Monture et deux verres très complexes	60% BR	800€ - RSS	4% PMSS	-	800 € + 4% PMSS
Monture + un verre simple et un verre complexe	60% BR	440€ - RSS	4% PMSS	-	440€ + 4% PMSS
Monture + un verre simple et un verre très complexe	60% BR	540€ - RSS	4% PMSS	-	540 € + 4% PMSS
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	60% BR	700€ - RSS	4% PMSS	-	700€ + 4% PMSS
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale Forfait par bénéficiaire et par période de deux ans <sup>(8)</sup> .	60% BR	TM + Forfait 300 €	Forfait de 15% PMSS - remboursement du contrat socle - RSS	-	Forfait de 15% PMSS valable 2 ans
Opération de l'œil Forfait annuel par bénéficiaire	-	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	Forfait de 500 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie	-	Forfait de 1000 € par œil pour myopie, astigmatie, hypermétropie



AUTRES GARANTIES

MEDECINE DOUCE Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure	Ajout du psychologue pour enfants <sup>(13)</sup>	-	50 € / séance Forfait limité à 3 séances par an Chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiopathe, diététicien, psychomotricien, pédicure, psychologue pour enfants <sup>(13)</sup>
CURE THERMALE (OU THALASSOTHERAPIE) acceptée par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait par année civile <sup>(9)</sup>	65% BR	Forfait 125 €	-	-	65% BR + Forfait 125 €
NAISSANCE / ADOPTION Forfait versé en cas de naissance ou d'adoption <sup>(10)</sup>	-	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 <sup>(11)</sup>	RSS	TM	-	-	100% BR
Accès aux services d'assistance <sup>(12)</sup>	Inter Mutuelles Assistance (IMA)				

- (1) Le taux du Régime Général de Sécurité sociale peut varier lorsque le bénéficiaire 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 du participant : la Mutuelle prend en charge le coût du lit et des repas, pour un accompagnant.
- (3) Participation forfaitaire appliquée en cas de passage aux urgences non suivi d’une hospitalisation, hors cas d’exonérations et minorations, définis réglementairement notamment par l’article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- (4) 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.
- (5) La prise en charge de(s) l’aide(s) auditive(s) répond à la réglementation des contrats responsables. Le renouvellement de(s) l’aide(s) auditive(s) ne peut intervenir avant une période de 4 ans. Le début de la période s’apprécie à compter de la date d’acquisition de(s) l’aide(s) auditive(s) figurant sur le relevé de prestation de la Sécurité sociale et s’entend pour chaque oreille indépendamment. Le choix d’un équipement 100% Santé ou hors 100% Santé n’a pas d’impact sur le calcul de la période de renouvellement de l’équipement.
- (6) Les prestations optiques (100% Santé, Hors 100% Santé) 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 dernière facturation 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 euros maximum dans le “100% Santé”.
- (7) Tels que définis réglementairement notamment par les articles L.911-7, L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et sont susceptibles d’évoluer en cas d’évolutions légales ou réglementaires. 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.
- (8) 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.
- (9) 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 et ni les frais annexes et non médicaux.
- (10) 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. Cette prestation sera également versée en cas d’enfant à naître et né viable.
- (11) 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.
- (12) Voir notice Assistance IMA
- (13) Enfants de moins de 18 ans, ayants droit du participant.
- (14) Les garanties du contrat supplémentaire ne répondent pas à la réglementation des contrats responsables et font l’objet d’un contrat distinct.
- (15) Les médicaments concernés par le forfait sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

### Lexique :

- *RSS = Remboursement de la Sécurité sociale ;*
- *BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale ;*
- *BR Théorique = BR équivalente à la BR de l’orthodontie prise en charge par 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*



**SANTÉCLAIR**

Avec Santéclair, vous accédez à une gamme complète de services de qualité (optique, dentaire, audioprothèse) à tarifs préférentiels



**GRUPE IMA**

Découvrez le service d’ima santé ainsi que les 12 fiches pratiques résumant les prestations d’assistance directement depuis votre espace personnel sur [bpcemutuelle.fr](http://bpcemutuelle.fr)