

**Accord professionnel**

**CAISSE D'ÉPARGNE**

AVENANT N° 3 DU 27 JUIN 2014  
À L'ACCORD DU 24 NOVEMBRE 2005  
RELATIF AUX FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1450973M

Le présent accord constitue un accord de révision de l'accord collectif national relatif aux frais de soins de santé du 24 novembre 2005.

Il s'inscrit dans le cadre de l'évolution des textes juridiques en matière de protection sociale complémentaire et de la nécessaire mise en conformité des dispositions contenues dans l'accord de branche susvisé avec ces nouveaux textes.

Les dispositions du présent texte se substituent intégralement aux dispositions de l'accord relatif aux frais de soins de santé du 24 novembre 2005.

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

CHAMP D'APPLICATION ET OBJET

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises du réseau mentionnées à l'article 5 de la loi du 19 juin 2009 et à leurs organismes communs, ci-après dénommés entreprises.

Il a pour objet la mise en place d'un régime frais de soins de santé au bénéfice de l'ensemble des membres du personnel des entreprises de la branche Caisse d'épargne, répondant aux conditions fixées à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord.

Cet accord succède au précédent accord à durée déterminée conclu au niveau de la branche Caisse d'épargne le 1<sup>er</sup> décembre 2000 qui cesse de produire effet le 31 décembre 2005.

Cet accord se substitue aux usages et mesures unilatérales en vigueur dans les entreprises de la branche Caisse d'épargne et ayant le même objet.

Sous réserve des aménagements temporaires dérogatoires pour les entreprises devant procéder à l'adaptation de leur dispositif conventionnel avant le 1<sup>er</sup> juillet 2007 au plus tard, le présent accord est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

CHAPITRE II

RÉGIME FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Le régime 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 ci-après. Il complète les prestations accordées par les régimes obligatoires de la sécurité sociale.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Bénéficiaires du régime*

#### 1.1. Participants

Tout salarié ou assimilé des entreprises de la branche (CDD et CDI) bénéficie du régime sans condition d'ancienneté et acquiert à ce titre la qualité de participant.

Le régime bénéficie également aux mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la sécurité sociale, après décision de l'organe délibérant des entreprises de leur appliquer ce régime.

#### 1.2. Ayants droit

La qualité d'ayant droit s'entend :

- du conjoint, partenaire auquel le participant est lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), concubin, sous réserve que ni le participant ni le concubin ne soient mariés ou liés par un Pacs, qu'ils vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent jusqu'à la date de l'événement ;
- des enfants du participant ou de son conjoint ou de son partenaire auquel il est lié par un Pacs, ou de son concubin, jusqu'au 31 décembre suivant leur 25<sup>e</sup> anniversaire et sous réserve de respecter une des conditions suivantes :
  - être ayant droit du participant, de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacs au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ;
  - recevoir du participant une pension alimentaire en application d'une décision de justice ;
  - être inscrit au régime de la sécurité sociale des étudiants ou effectuer son service national ;
  - exercer une activité ou être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de Pôle emploi et percevoir des revenus inférieurs au Smic.
- des enfants du participant ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un Pacs, quel que soit leur âge s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles (avec un taux d'invalidité d'au moins 80 %).

#### 1.3. Caractère obligatoire

L'adhésion des bénéficiaires au régime frais de soins de santé est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives et par BPCE, en application de l'article L. 512-107 du code monétaire et financier. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

## **Article 2**

### *Dispenses d'affiliation au régime frais de soins de santé*

#### 2.1. Participants

Peuvent être, à leur demande expresse, dispensés de participer au régime les membres du personnel entrant dans un cas de dispense d'affiliation visés par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et définis ci-dessous :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire frais de soins de santé dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples) ;

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au régime les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires, à leur date d’embauche, d’une couverture complémentaire en application de l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (couverture complémentaire prenant place dans le cadre de la couverture maladie universelle) sous réserve de produire l’attestation de droits. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.

#### Conjoints travaillant au sein de la même entreprise

La participation au régime collectif des ayants droit étant obligatoire, dans le cas de conjoints travaillant dans la même entreprise, l’un des membres du couple doit être affilié en propre, l’autre pouvant l’être en tant qu’ayant droit.

### 2.2. Ayants droit

Le régime mis en place par le présent accord couvre le salarié et ses ayants droit.

A cette fin, les salariés ont l’obligation d’informer la société de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale.

Toutefois, les salariés qui sont en mesure de justifier que leurs ayants droit, tels que définis ci-dessus, bénéficient déjà par ailleurs pour les mêmes risques d’une couverture collective remplissant les conditions mentionnées à l’article L. 242-1 du code de la sécurité sociale peuvent, dans le cadre de leur adhésion obligatoire, décider de ne pas les couvrir, sous réserve de justifier annuellement et par écrit de la couverture obligatoire dont ils bénéficient.

Il en est de même, conformément aux dispositions de l’article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, si ces ayants droit bénéficient d’une couverture souscrite dans le cadre :

- des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l’Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relative à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- des contrats d’assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l’initiative et à l’entreprise individuelle.

### 2.3. Justificatif de dispense d’affiliation

Les demandes de dispense d’adhésion du salarié et d’affiliation de ses ayants droit au présent régime sont formulées auprès de la DRH par écrit et accompagnées de toutes pièces justificatives. A défaut de fournir chaque année les justificatifs nécessaires, les participants seront contraints d’être couverts par le présent régime sur la base de leur situation de famille réelle et d’acquitter la cotisation correspondante.

## Article 3

### *Garanties*

#### 3.1. Typologie des garanties et niveau des prestations

Les garanties et prestations définies par le présent régime de remboursement de frais de soins de santé sont annexées au présent accord (annexe I, colonne « mutuelle ») pour y être intégrées en tant que dispositions conventionnelles.

La mise en œuvre du régime frais de soins de santé doit être conforme aux dispositions de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie et ses textes d’application concernant les contrats santé responsables.

## Caractère indemnitaire du régime

En application de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, 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.

### 3.2. Bénéfice des garanties

Le bénéfice des garanties commence à compter du premier jour du mois au cours duquel intervient l'embauche du participant et s'achève le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation du contrat de travail.

Par ailleurs, les garanties sont suspendues à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la suspension du contrat de travail du participant, quelle qu'en soit la cause. Cependant, par dérogation, le bénéfice des garanties est maintenu durant les périodes de suspension du contrat de travail dès lors que le salarié bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou du versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale, ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, notamment en cas de maladie, de maternité ou d'accident.

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

Les salariés dont le contrat de travail est rompu (hors faute lourde) et dont la rupture ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage peuvent bénéficier du maintien du présent régime dans les conditions et pour les durées prévues par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 (ANI) modifié par avenant n° 3 du 18 mai 2009 pour les ruptures de contrat dont la notification est intervenue jusqu'au 31 mai 2014 inclus et dans les conditions prévues par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale pour les ruptures de contrat dont la notification est intervenue à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014.

Pour les ruptures dont la notification est intervenue jusqu'au 31 mai 2014, le maintien est effectué selon les mêmes modalités de financement (même cotisation et même répartition de cotisation entre l'employeur et le salarié) que le régime applicable aux salariés actifs.

Les garanties maintenues dans ce cadre sont celles en vigueur dans l'entreprise.

#### Maintien des garanties à titre individuel et facultatif au profit des anciens salariés

En application des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, le maintien de la couverture du présent régime est proposé par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, et ce sans condition de durée.

Pour bénéficier de ce maintien de couverture, les intéressés doivent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent, respectivement, la rupture de leur contrat de travail ou la fin du maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage.

Ces anciens salariés bénéficieront alors d'un contrat 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 conformément aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 90-769 du 30 août 1990.

## Maintien des garanties pour les ayants droit

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

Les cotisations servant au financement de ce maintien des garanties sont intégralement prises en charge par les ayants droit et sont définies dans les conditions prévues par l'organisme assureur conformément aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 90-769 du 30 août 1990.

### **Article 4**

#### *Cotisations*

La cotisation mensuelle frais de soins de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Les cotisations varient en fonction de la composition familiale :

- une personne ;
- deux personnes ;
- trois personnes et plus.

Le montant des cotisations défini par le présent régime de remboursement de frais de soins de santé est annexé à titre d'information au présent accord.

La participation de l'employeur est de 50 % de la cotisation.

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

A compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, les participants couverts au titre du maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage (cf. art. 3 ci-dessus) bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture.

### **Article 5**

#### *Evolution de la cotisation*

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.

En cas d'augmentation des cotisations due notamment à un mauvais rapport sinistres/primes, l'obligation des entreprises sera limitée au paiement de la cotisation définie ci-dessus. Dans ce cas, toute augmentation de cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation entre BPCE et BPCE Mutuelle et d'un avenant au contrat. A défaut d'accord ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par BPCE Mutuelle, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

### **Article 6**

#### *Convention BPCE. – BPCE Mutuelle*

L'organisme chargé de la couverture du présent régime est BPCE Mutuelle.

Une convention est établie entre BPCE et BPCE Mutuelle pour fixer les modalités de mise en œuvre du « contrat groupe national frais de soins de santé ». Elle est soumise pour approbation à l'assemblée générale de BPCE Mutuelle ou, à défaut, au conseil d'administration par délégation.

Le contrat fixe :

- la nature et le montant des prestations ;
- le montant des cotisations.

Les modifications de la nature et du montant des prestations sont préalablement adoptées par l'assemblée générale de BPCE Mutuelle, ou par le conseil d'administration sur délégation de cette dernière, et font l'objet d'un avenant au contrat.

En aucun cas, BPCE ne s'est engagée sur les prestations définies dans le contrat qui relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 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 6 mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente.

## **Article 7**

### *Durée et date d'entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet de manière rétroactive à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014.

## **Article 8**

### *Révision et dénonciation*

Les signataires de l'accord peuvent demander la révision du présent accord conformément aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Toute demande de révision doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à chacune des parties signataires. Cette lettre doit indiquer les points concernés par la demande de révision et doit être accompagnée de propositions écrites de substitution. Dans un délai maximum de 2 mois à compter de la demande de révision, les parties doivent se rencontrer pour examiner les conditions de conclusion d'un éventuel avenant de révision.

L'une ou l'autre des parties signataires peut dénoncer le présent accord, dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail sous réserve de respecter un délai de préavis de 3 mois. La dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à chacune des parties signataires.

## **Article 9**

### *Dépôt et publicité*

Conformément aux dispositions prévues aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le présent avenant sera déposé par l'organe central en double exemplaire auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Un exemplaire de ce texte sera également remis par l'organe central au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Fait à Paris, le 27 juin 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

### **Organisation patronale :**

BPCE.

### **Syndicats de salariés :**

SNE CFE-CGC ;

UNSA unifié.

## ANNEXE I

### Descriptifs des garanties du régime frais de soins de santé Régime général de la sécurité sociale 2014

NATURE DES PRESTATIONS <sup>(2)</sup>	SÉCURITÉ sociale (*) <sup>(1)</sup>	MUTUELLE <sup>(1)</sup>	À TITRE INDICATIF total perçu par l'adhérent (sécurité sociale + mutuelle)
<b>Hospitalisation</b>			
Honoraires médicaux ou chirurgicaux	100 %	100 %	200 %
Frais de séjour	80 %	120 %	200 %
Frais de chambre particulière (y compris en hospitalisation ambulatoire mais hors maternité simple)	–	40 € par jour	40 € par jour
Forfait hospitalier	–	17 € par jour	17 € par jour
Forfait hospitalier psychiatrique	–	12,50 € par jour	12,50 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	–	100 % des frais réels	100 % des frais réels
<b>Médecine courante</b>	<b>Si respect du parcours de soins <sup>(3)</sup></b>		
Consultations, visites	70 %	130 %	200 %
Actes de spécialités	70 %	130 %	200 %
Radiologie (hors ostéodensitométrie osseuse)	70 %	130 %	200 %
Analyses médicales	60 %	140 %	200 %
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	60 %	140 %	200 %
Frais de transport	65 %	135 %	200 %
	65 %	35 %	100 %
Frais pharmaceutiques	30 %	70 %	100 %
	15 %	0 %	15 %
<b>Médecine douce</b> (chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étio-pathe, diététicien)		50 € par séance, limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	50 € par séance, limité à 2 séances par an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b>			
Petit appareillage	60 %	200 %	260 %
Grand appareillage	60 %	200 %	260 %
Prothèses auditives	60 %	Forfait annuel de 1 000 € pour les 2 oreilles - 60 % TC	Forfait annuel de 1 000 € pour les 2 oreilles
<b>Dentaire</b>			
Soins dentaires	70 %	230 %	300 %



NATURE DES PRESTATIONS <sup>(2)</sup>	SÉCURITÉ sociale (*) <sup>(1)</sup>	MUTUELLE <sup>(1)</sup>	À TITRE INDICATIF total perçu par l'adhérent (sécurité sociale + mutuelle)
Prothèses dentaires	70 %	310 %	380 %
Implants dentaires	–	450 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	450 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	100 %	250 % BRSS	350 %
<b>Optique</b>			
Monture	60 %	Forfait de 100 € valable 2 ans - 60 % du TC	Forfait de 100 € valable 2 ans
Verres	60 %	2 340 %	2 400 %
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (forfait par bénéficiaire)	60 %	Forfait de 300 € valable 2 ans - 60 % TC	Forfait de 300 € valable 2 ans
Opération de la myopie sans autre remboursement d'optique pendant 2 ans	–	230 € par œil	230 € par œil
<b>Cure thermique ou thalassothérapie acceptées</b>	65 %	125 €	125 € + 65 % TC
<b>Maternité, adoption</b>	–	20 % du PMSS par enfant	20 % du PMSS par enfant
<b>Actes de prévention</b>			
Détartrage annuel	70 %	230 %	300 %
Ostéodensitométrie osseuse	70 %	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum + remboursement régime obligatoire éventuel
(*) Le niveau d'intervention du régime obligatoire de la sécurité sociale est celui en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2014. FR : frais réels. RSS : remboursement de la sécurité sociale. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale fixé à 3 129 € au 1 <sup>er</sup> janvier 2014. (1) Les remboursements accordés sont exprimés, sauf mention contraire en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS). Le remboursement total perçu (sécurité sociale + BPCE Mutuelle) ne peut excéder la dépense engagée (à l'exception du forfait maternité). (2) La franchise de 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 € est prise en charge dans son intégralité conformément aux dispositions réglementaires. (3) Respect du parcours de soins tel que défini aux conditions générales du contrat et par l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.			

### Régime local de la sécurité sociale 2014

NATURE DES PRESTATIONS <sup>(2)</sup>	SÉCURITÉ sociale (*) <sup>(1)</sup>	MUTUELLE <sup>(1)</sup>	À TITRE INDICATIF total perçu par l'adhérent (sécurité sociale + mutuelle)
<b>Hospitalisation</b>			
Honoraires médicaux ou chirurgicaux	100 %	100 %	200 %
Frais de séjour			



NATURE DES PRESTATIONS <sup>(2)</sup>	SÉCURITÉ sociale (*) <sup>(1)</sup>	MUTUELLE <sup>(1)</sup>	À TITRE INDICATIF total perçu par l'adhérent (sécurité sociale + mutuelle)
Frais de chambre particulière ( <i>y compris en hospitalisation ambulatoire mais hors maternité simple</i> )	–	40 € par jour	40 € par jour
Forfait hospitalier	18 € par jour	–	18 € par jour
Forfait hospitalier psychiatrique	13,50 € par jour	–	13,50 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	–	100 % des frais réels	100 % des frais réels
<b>Médecine courante</b>	<b>Si respect du parcours de soins <sup>(3)</sup></b>		
Consultations, visites	90 %	110 %	200 %
Actes de spécialités	90 %	110 %	200 %
Radiologie (hors ostéodensitométrie osseuse)	90 %	110 %	200 %
Analyses médicales	90 %	110 %	200 %
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	90 %	110 %	200 %
Frais de transport	100 %	100 %	200 %
	90 %	10 %	100 %
Frais pharmaceutiques	80 %	20 %	100 %
	15 %	0 %	15 %
<b>Médecine douce</b> ( <i>chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étio-pathe, diététicien</i> )	–	50 € par séance, limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	50 € par séance, limité à 2 séances par an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b>			
Petit appareillage	90 %	170 %	260 %
Grand appareillage	90 %	170 %	260 %
Prothèses auditives	90 %	Forfait annuel de 1 000 € pour les 2 oreilles - 90 % TC	Forfait annuel de 1 000 € pour les 2 oreilles
<b>Dentaire</b>			
Soins dentaires	90 %	210 %	300 %
Prothèses dentaires	90 %	290 %	380 %
Implants dentaires	–	450 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	450 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	100 %	250 %	350 %
<b>Optique</b>			
Monture	90 %	Forfait de 100 € valable 2 ans - 90 % du TC	Forfait de 100 € valable 2 ans
Verres	90 %	2 310 %	2 400 %

NATURE DES PRESTATIONS <sup>(2)</sup>	SÉCURITÉ sociale (*) <sup>(1)</sup>	MUTUELLE <sup>(1)</sup>	À TITRE INDICATIF total perçu par l'adhérent (sécurité sociale + mutuelle)
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (forfait par bénéficiaire)	90 %	Forfait de 300 € valable 2 ans - 90 % TC	Forfait de 300 € valable 2 ans
Opération de la myopie sans autre remboursement d'optique pendant 2 ans	–	230 € par œil	230 € par œil
Cure thermique ou thalassothérapie acceptées	90 %	125 €	125 € + 90 % TC
Maternité, adoption	–	20 % du PMSS par enfant	20 % du PMSS par enfant
<b>Actes de prévention</b>			
Détartrage annuel	90 %	210 %	300 %
	–		
Ostéodensitométrie osseuse	90 %	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum + remboursement régime obligatoire éventuel
<p>(*) Le niveau d'intervention du régime obligatoire de la sécurité sociale est celui en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2014.  BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale.  FR : frais réels.  RSS : remboursement de la sécurité sociale.  PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale fixé à 3 129 € au 1<sup>er</sup> janvier 2014.  (1) Les remboursements accordés sont exprimés, sauf mention contraire, en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS). Le remboursement total perçu (sécurité sociale + BPCE Mutuelle) ne peut excéder la dépense engagée (à l'exception du forfait maternité).  (2) La franchise de 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 € est prise en charge dans son intégralité par le régime local.  (3) Respect du parcours de soins tel que défini aux conditions générales du contrat et par l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.</p>			

## ANNEXE II

### Montant des cotisations (A titre indicatif, cotisations au 1<sup>er</sup> janvier 2014)

*(En pourcentage.)*

TARIFICATION Composition familiale	MONTANT DE LA COTISATION EN POURCENTAGE DU PLAFOND MENSUEL de la sécurité sociale		
	Régime général de sécurité sociale	Régime local de sécurité sociale (Alsace-Moselle)	
		Mixte	Local
1 personne	1,933	–	1,154
2 personnes	3,428	2,845	2,054
3 personnes et plus	4,889	3,356	2,920