

MARCHE PUBLIC - CAHIER DES CLAUSES PARTICULIÈRES
Mutuelle 2023
Complémentaire santé à destination des salariés

ARTICLE 1 – Identification et dispositions générales

Pouvoir adjudicateur :

BGE PICARDIE

Représentée par son Président, Sébastien DOTIN

Adresse : 18, rue Lamartine 80000 AMIENS

Effet : 1ER JANVIER 2023

Echéance : 31 décembre 2023

Préavis de demande de résiliation : 3 mois

Durée du contrat : 1 an, non reconductible.

ARTICLE 2 – Objet du marché

Le présent contrat a pour objet le renouvellement du contrat de complémentaire santé à destination des salariés de BGE PICARDIE. Il est souscrit conformément aux dispositions législatives et réglementaires applicables en matière de contrats complémentaire santé. Il est convenu, en cas

d'évolution de ces dispositions ultérieurement à la mise en place du contrat, que le titulaire aménagera les prestations en conséquence. Le régime est établi conformément à l'article L911-1 du code de la sécurité sociale.

Avertissement : Le présent contrat est un « contrat responsable » au sens de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il devra dans tous les cas respecter cette obligation et évoluer en cas de besoin en conséquence des textes réglementaires.

En conséquence, il restera toujours à la charge de l'assuré 1 € pour :

- Les consultations ou actes médicaux réalisés par les médecins de ville
- Les consultations externes à l'hôpital
- Les actes de biologie médicale.

Ne sera pas pris en charge par le titulaire, la majoration des honoraires pratiquée :

- En absence de choix du médecin traitant
- En cas de non-respect du « parcours santé » (consultation d'un spécialiste sans passage par le médecin traitant par exemple - sauf pédiatre - dentiste - ophtalmologue - gynécologue...)

ARTICLE 3 – Les bénéficiaires

3.1 – Les salariés concernés à titre obligatoire

Le régime de complémentaire santé a été mis en place par décision unilatérale de l'employeur. Tous les salariés sous contrat de travail du souscripteur bénéficient des garanties à la date d'effet du présent contrat indiqué à l'article 1.

Les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du présent contrat bénéficient des garanties sans délai (adhésion au 1er jour du contrat de travail ou au 1er du mois suivant l'embauche).

3.2 – Les dispenses d'affiliation

L'adhésion est facultative pour :

- a) Les salariés en contrat à durée déterminée et les apprentis, et ce quelle que soit leur date d'embauche, avec obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat d'une durée au moins

égale à 12 mois de fournir un justificatif à l'employeur, au moment où ils refusent l'affiliation prouvant qu'ils sont déjà couverts à titre individuel par ailleurs pour le même type de garanties, la dispense d'affiliation n'est pas soumise à une telle condition pour les salariés et apprentis dont la durée du contrat est inférieure à 12 mois ;

- b) Les salariés à temps partiel et les apprentis, et ce quelle que soit leur date d'embauche, dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de la rémunération brute ;
- c) Les salariés, et ce quelle que soit leur date d'embauche, bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) prévue à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale, au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense cesse quand les salariés cessent de bénéficier de cette aide.
- d) Le salarié devra justifier de sa situation annuellement auprès de la Direction par la production d'une attestation d'affiliation ;
- e) Les salariés, et ce quelle que soit leur date d'embauche, bénéficiaires d'une couverture complémentaire prenant place dans le cadre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) prévue à l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale, au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense cesse quand les salariés cessent de bénéficier de cette aide.
- f) Le salarié devra justifier de sa situation annuellement auprès de la Direction par la production des justificatifs nécessaires ;
- g) Les salariés déjà couverts par une assurance individuelle Frais de santé lors de la mise en place du système obligatoire ou de leur embauche si elle est postérieure. Cette dispense temporaire s'applique jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Si le contrat individuel prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de la reconduction tacite.
- h) Le salarié devra justifier de sa situation annuellement auprès de la Direction par la production d'une attestation de couverture ;
- i) A condition d'en justifier annuellement auprès de la Direction, les salariés, quelle que soit leur date d'embauche, qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies :
 - Dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale ;
 - Par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du même Code ;
 - Par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;

- 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 ;
- Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Dans le cadre 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 ;
- Dans le cadre du régime spécial des agents de mer (ENIM) ;
- Dans le cadre de la Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

Si l'accord est mis en place dans le cadre d'une décision unilatérale, l'adhésion est facultative pour les salariés qui bénéficient déjà d'une couverture complémentaire santé lors de la mise en place du régime.

Les salariés embauchés postérieurement à la mise en place du régime de complémentaire santé ainsi que ceux qui cessent de demander le bénéfice de la dérogation sont quant à eux tenus de cotiser.

Les différents cas de dispense d'affiliation au régime peuvent être complétés par l'acte de mise en place du régime (DUE).

3.3 – Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- l'adhérent ;

- les ayants droits suivants :

- le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire ou son 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;

- - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

L'adhésion ou la radiation d'un ayant droit ne peut intervenir qu'au 1er jour du mois suivant la demande.

L'ensemble des ayants droit devra souscrire le même niveau de garantie que le salarié.

ARTICLE 4 – Durée des garanties

4.1 – Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat prennent effet à la date indiquée en article 1 des présentes conditions particulières pour tous les salariés présents dans les effectifs avant cette date.

Pour les nouveaux salariés, les garanties prennent effet le 1er jour du contrat de travail ou le 1er du mois suivant l'embauche.

4.2 – Maintien des garanties au titre de la portabilité

Les dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale imposent au souscripteur de proposer un maintien des garanties du contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au contrat. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. A l'expiration de la période convenue de portabilité, l'assureur procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, l'assureur procédera, sur demande, à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

4.3 – Maintien des garanties au titre de la loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de l'assureur de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie à l'article Portabilité
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, l'assureur peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

4.4 – Suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension du contrat de travail, quelle qu'en soit la cause dès qu'ils bénéficient, pendant cette période d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

Le bénéfice du régime complémentaire santé peut également être maintenu à titre individuel, pour une durée de 12 mois sans que l'assureur puisse refuser le maintien de cette garantie, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu notamment pour l'une des causes suivantes :

- Congé parental
- Congé sans solde
- Congé pour présence parental ou pour accompagnement d'une personne en fin de vie

- Congé sabbatique visé à l'article L 122-32-17 et suivants du code du travail
- Congé pour création d'entreprise visé à l'article L 122-32-12 et suivants du Code du travail
- Congé pour exercer des fonctions syndicales

4.5 – Cessation de garantie

Pendant la durée du contrat, aucun salarié bénéficiaire à titre obligatoire ne peut se résilier individuellement de son propre fait sauf cas de dispense autorisée.

La demande de radiation d'un ayant droit ne pourra être effective au plus tôt, qu'à compter du 1er jour du mois suivant la demande.

ARTICLE 5 – Nature et montant des garanties souscrites

Les garanties proposées sont à destination des salariés et de leurs ayants-droits. Une même et seule grille de garanties est souscrite pour tous les adhérents (qu'ils soient salariés ou ayant-droit).

Un exemple des garanties souhaitées est indexé en annexe du cahier des clauses particulières : il s'agit du tableau des garanties actuelles. Ces garanties seront conservées dans la mesure du possible telles quelles.

Le montant des garanties est exprimé en % d'une base de remboursement ou en base forfaitaire. Les remboursements sont limités à la dépense engagée.

ARTICLE 6 – Durée des garanties

6.1 – Tarification

La tarification se décline en 3 choix pour le salarié :

- Un tarif pour le salarié seul (« forfait « isolé » »)
- Un tarif pour le salarié et un ayant droit (« forfait duo »)
- Un tarif pour le salarié et plusieurs ayants-droits (forfait « famille »)

La tarification devra proposer 3 formules de prise en charge, telles que décrites dans l'annexe :

- Formule de Base
- Option 1
- Option 2

La tarification est, à la discrétion du prestataire, exprimée en euros soit :

- par un montant fixe correspondant à la cotisation mensuelle (décliné en forfait isolé / forfait duo / forfait famille avec formule de base / Option 1 / Option 2) valable pour toute la durée du marché ou
- par un pourcentage du PMSS (montant indiqué pour la première année avec le taux appliqué, décliné en forfait isolé, forfait duo et forfait famille avec formule de base / Option 1 / Option 2), le taux appliqué sera valable durant toute la durée du marché.

Une prise en charge de 80% de la garantie de base pour 1 personne salariée de la part de l'employeur sera appliquée aux cotisations proposées.

6.2 – Les cotisations

La cotisation doit être versée par le souscripteur chaque trimestre. La prime du contrat est décomptée sur le salaire du salarié chaque mois.

6.3 – Défaut de paiement

A défaut de paiement de la totalité ou d'une fraction de celle-ci, la garantie sera suspendue 30 jours après mise en demeure de l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le contrat pourra être résilié par l'assureur 10 jours après cet envoi. Le contrat non résilié reprendra effet à midi le lendemain du jour où auront été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 7 – Modalités de gestion en cours de contrat

Le contrat est souscrit par BGE PICARDIE, pour les salariés de la Société (droit privé).

Le titulaire s'engage à fournir au service Ressources Humaines (RH), un détail du mode de calcul des primes pour les salariés dont l'adhésion prend effet ou prend fin en cours de mois.

Le décompte prendra en compte les évolutions, en particulier dans les situations de famille (naissance ou départ d'un enfant à charge).

A l'occasion de la naissance d'un enfant, les garanties du contrat sont immédiates, la prime sera calculée, s'il y a lieu, à partir du 1er mois suivant la naissance.

Le Souscripteur s'engage en cours de contrat à :

- informer dans les plus brefs délais de la date à laquelle un Membre Participant ne répond plus aux conditions posées à l'article 3, de la rupture du contrat de travail de tout affilié en précisant la date de prise d'effet de la rupture ainsi que le motif de la rupture, des changements de situation familiale concernant les membres participants et ses ayants droit en y joignant les justificatifs correspondants,
- transmettre dans les plus brefs délais le nom des salariés à maintenir temporairement dans la couverture santé dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (dispositif dit de portabilité). Il est rappelé que le Souscripteur est tenu par une obligation générale d'information au titre de ce dispositif à l'égard de ses salariés notamment par la remise de la notice d'information et une mention dans le certificat de travail.
- informer dans un délai de quarante-cinq (45) jours du décès d'un assuré ou de la cessation du contrat de travail d'un Membre Participant, éligibles au maintien des garanties visé à l'article 4.2, afin de permettre au prestataire d'adresser la proposition de couverture aux anciens salariés ou aux ayants droit selon le cas.

Le Souscripteur transmet dans les plus brefs délais, trente (30) jours, les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés des nouveaux membres accompagnés des informations ci-dessus ainsi que les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés des salariés ayant choisi de faire bénéficier leurs ayants droit de la garantie frais de santé à laquelle ils sont affiliés. Si ce délai n'est pas respecté, la prise d'effet de la garantie ne sera effective qu'au premier jour du mois suivant la réception par l'assureur de l'information, même si des cotisations ont déjà été versées par le Souscripteur pour les intéressés.

Toute la gestion concernant l'application des garanties, information sur les montants des garanties, analyses de devis et suivis des remboursements s'effectue exclusivement entre le bénéficiaire et le prestataire. Le service des Ressources Humaines ne sera pas sollicité sur ce point.

Un bilan annuel et un bilan intermédiaire à mi-année seront fournis par le titulaire du marché afin de suivre les différentes évolutions (nombre d'adhérents, ayants-droits, évolution démographique, répartition femme / homme...) et dépenses engagées (cotisations versées, détails des dépenses et remboursements par postes pris en charge, répartition des dépenses selon profils...).

BGE PICARDIE

- Siège social : 18, rue Lamartine, 80000 Amiens – France
- Adresse de correspondance : 20, avenue Jean Rostand, 60000 Beauvais – France

T  808 217 – contact@bge-picardie.org

SIRET 398 772 186 00068 – ORGANISME DE FORMATION N° 22800168180

MARCHE PUBLIC – ANNEXES CAHIER DES CLAUSES PARTICULIÈRES
Mutuelle 2023
Complémentaire santé à destination des salariés

CCP – Marché Mutuelle 2023 – Page 11

BGE PICARDIE

- Siège social : 18, rue Lamartine, 80000 Amiens – France
- Adresse de correspondance : 20, avenue Jean Rostand, 60000 Beauvais – France

T  0970 808 217 – contact@bge-picardie.org
Numéro non surtaxé

SIRET 398 772 186 00068 – ORGANISME DE FORMATION N° 22800168180

Hospitalisation	% SS	Base	Option 1	Option 2
Honoraires				
Médecin adhérent à un DPTAM	80 %	300 % BR	400 % BR	400 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	80 %	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux				
Médecin adhérent à un DPTAM	80 %	300 % BR	400 % BR	400 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	80 %	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour				
conventionné	80 %	220 % BR	220 % BR	220 % BR
non conventionné	80 %	220 % BR	220 % BR	220 % BR
Frais d'accompagnement enfant de moins de 18 ans par jour (limité à 90 jours par an)		35 €	40 €	40 €
Chambre Particulière y compris Maternité, par jour		100 €	125 €	125 €
Hospitalisation à l'étranger (RO français) ⁽¹⁾	80 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de télévision, téléphone, accès internet, achat de journaux (2), sur justificatifs, par jour (limité à 10 jours par an)		25 €	25 €	25 €
Maternité	% SS	Base	Option 1	Option 2
Indemnité naissance simple		200 €	400 €	400 €
Majoration par enfant supplémentaire		200 €	400 €	400 €
Indemnité d'adoption (présentation du jugement d'adoption)		200 €	200 €	200 €
Amniocentèse et Procréation médicale assistée non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		200 €	300 €	300 €
Soins courants	% SS	Base	Option 1	Option 2
Actes médicaux				
Médecin généraliste				
adhérent à un DPTAM	70 %	300 % BR	300 % BR	400 % BR
non adhérent à un DPTAM	70 %	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Médecin spécialiste				
adhérent à un DPTAM	70 %	300 % BR	300 % BR	400 % BR
non adhérent à un DPTAM	70 %	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité				
Médecin adhérent à un DPTAM	70 %	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	70 %	200 % BR	200 % BR	200 % BR

Radiologie et Imagerie Médicale				
Médecin adhérent à un DPTAM	70 %	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	70 %	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 %	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Analyses et examens de laboratoire non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée	0%	30 €	30 €	40 €
Pharmacie				
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100 %, 65 %, 30 % ou 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical				
Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO	60 %			
Prothèses médicales et orthopédiques prises en charge par le RO	60 %	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Autres prothèses liées aux traitements de chimiothérapie, par an et par personne assurée	60 %	300 €	300 €	300 €
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pack Bien être, par an et par personne assurée, incluant		125 €	125 €	150 €
Ostéopathie, Homéopathie, Pédicure		Inclus	Inclus	Inclus
Acupuncture, Chiropractie, Psychomotricité		Inclus	Inclus	Inclus
Consultation de Psychologue et de Diététicien		Inclus	Inclus	Inclus
Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO		Inclus	Inclus	Inclus
Inscription à une activité sportive, sur présentation d'un justificatif		Inclus	Inclus	Inclus
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation)				
Frais d'hospitalisation et actes médicaux				
médecin adhérent à un DPTAM	70 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
médecin non adhérent à un DPTAM	70 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		250 €	250 €	300 €
Aides auditives	% SS	Base	Option 1	Option 2
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans				
Equipements 100 % santé ⁽³⁾		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Equipements hors 100 % santé				
Prothèses auditives prises en charge par le RO	60 %	100 % BR + 400 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 600 €

Accessoires pris en charge par le RO	60 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Piles prises en charge par le RO		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Optique	% SS	Base	Option 1	Option 2
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽⁴⁾				
Équipement 100 % santé	60 % ou 0 %	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Équipements hors 100 % santé				
Équipement optique : 1 monture et 2 verres		Cf Grille Contrat Responsable		
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée		330 €	330 €	330 €
Chirurgie réfractive (correction des défauts visuels), par œil		600 €	600 €	600 €
Adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien	60 %	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments pris en charge RO		100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire	% SS	Base	Option 1	Option 2
Soins et prothèses 100 % santé ⁽³⁾	70 % ou 100 %	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation dès 2020		
Soins et prothèses hors 100 % santé				
Soins et Inlay / Onlay				
Soins		500 % BR	570 % BR	570 % BR
Inlays / Onlays		500 % BR	570 % BR	570 % BR
Prothèses hors 100 % santé				
Prises en charge par le RO (y compris provisoires)		570 % BR	570 % BR	570 % BR
Non prises en charge par le RO (y compris implants dentaires), par prothèse		300 €	500 €	500 €
		Limité à 3 prothèses	Limité à 3 prothèses	Limité à 3 prothèses
		75 €	100 €	100 €
Parodontologie, par an et par personne assurée	70 % ou 100 %			
Orthodontie				
Prise en charge par le RO		330 % BR	330 % BR	330 % BR
Non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		400 €	450 €	450 €
Prévention et santé au quotidien	% SS	Base	Option 1	Option 2
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	Variable	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Option Assistance Premium		Inclus	Inclus	Inclus
Solution(s) de télémedecine proposée(s) par l'assureur		Inclus	Inclus	Inclus

1 : Cette prestation concerne uniquement le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux.

2 : Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

3 : Et, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

GRILLE CONTRAT RESPONSABLE (Adulte)		% SS	Base		Option 1		Option 2	
Classification verre - Contrat responsable			Forfait 1 verre	Forfait monture	Forfait 1 verre	Forfait monture	Forfait 1 verre	Forfait monture
Verre simple			160 €	100 €	160 €	100 €	160 €	100 €
Verre complexe			300 €	100 €	300 €	100 €	300 €	100 €
Verre très complexe			350 €	100 €	350 €	100 €	350 €	100 €
GRILLE CONTRAT RESPONSABLE (Enfant)		% SS	Base		Option 1		Option 2	
Classification verre - Contrat responsable			Forfait 1 verre	Forfait monture	Forfait 1 verre	Forfait monture	Forfait 1 verre	Forfait monture
Verre simple			160 €	100 €	160 €	100 €	160 €	100 €
Verre complexe			300 €	100 €	300 €	100 €	300 €	100 €
Verre très complexe			350 €	100 €	350 €	100 €	350 €	100 €

Définitions

BR : Base de Remboursement

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO

TM : Ticket Modérateur

RbtSS : Remboursement Sécurité Sociale

RO : Régime Obligatoire de protection sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3428 € pour l'année 2020.

L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site <http://securite-sociale.fr> rubriques maladie / barème.

BGE PICARDIE

● Siège social : 18, rue Lamartine, 80000 Amiens – France

● Adresse de correspondance : 20, avenue Jean Rostand, 60000 Beauvais – France

T  0970 808 217 – contact@bge-picardie.org

Eléments démographiques pour l'appel d'offres Complémentaire Santé
(données arrêtées au 15/10/2022)

Date de naissance	Sexe	Salarié	Nombre d'ayant droit adulte	Nombre d'ayant droit enfant	Tarif
05/05/1994	Masculin	1	0	0	Base
07/03/1978	Féminin	1	0	1	Base
22/04/2005	Masculin	0	0	0	Base
07/08/1989	Féminin	1	0	1	Base
07/05/2016	Féminin	0	0	0	Base
28/02/1974	Féminin	1	0	0	Base
29/05/1992	Féminin	1	0	0	Base
14/06/1991	Féminin	1	1	2	Base
27/12/2017	Féminin	0	0	0	Base
29/12/1991	Masculin	0	0	0	Base
26/01/2017	Masculin	0	0	0	Base
25/01/1980	Féminin	1	0	0	Base
05/06/1993	Féminin	1	0	0	Base
22/06/1981	Féminin	1	0	1	Base
29/07/2017	Masculin	0	0	0	Base
24/10/1953	Féminin	1	0	0	Base
10/06/1994	Féminin	1	0	0	Base
10/06/1976	Féminin	1	0	0	Base
15/04/1986	Féminin	1	0	0	Base
10/10/1990	Masculin	1	1	0	Base
26/08/1995	Féminin	0	0	0	Base
26/05/1990	Féminin	1	0	1	Base
02/11/2011	Masculin	0	0	0	Base
25/08/1992	Masculin	1	0	1	Base
19/12/2020	Féminin	0	0	0	Base
28/09/1979	Féminin	1	0	0	Base

Date de naissance	Sexe	Salarié	Nombre d'ayant droit adulte	Nombre d'ayant droit enfant	Tarif
27/09/1989	Féminin	1	0	0	Base
27/07/1993	Masculin	1	0	0	Base
17/05/1988	Féminin	1	0	4	Base
17/02/2003	Féminin	0	0	0	Base
23/05/2008	Féminin	0	0	0	Base
28/09/2016	Masculin	0	0	0	Base
23/08/2009	Masculin	0	0	0	Base
22/06/1991	Masculin	1	1	1	Base
25/03/1989	Féminin	0	0	0	Base
16/09/2019	Masculin	0	0	0	Base
01/10/1988	Féminin	1	1	1	Base
15/02/2019	Masculin	0	0	0	Base
03/07/1988	Masculin	0	0	0	Base
24/11/1993	Masculin	1	0	0	Base
13/02/1979	Masculin	1	0	0	Base
29/01/1996	Féminin	1	0	0	Base
12/08/1994	Féminin	1	0	0	Base
11/02/1986	Masculin	1	0	0	Base
03/08/1978	Féminin	1	0	0	Base
13/11/1985	Féminin	1	0	0	Base
27/06/1967	Masculin	1	0	0	Base
19/12/1976	Masculin	1	0	0	Base
27/05/1977	Féminin	1	0	0	Base
11/02/1980	Féminin	1	0	0	Base
08/10/1978	Masculin	1	0	0	Base
15/06/1994	Masculin	1	0	0	Base
11/07/1975	Féminin	1	0	0	Base
19/05/1975	Féminin	1	0	2	Base
26/07/2008	Masculin	0	0	0	Base
28/11/2013	Masculin	0	0	0	Base

Date de naissance	Sexe	Salarié	Nombre d'ayant droit adulte	Nombre d'ayant droit enfant	Tarif
25/01/1995	Féminin	1	1	1	Base
19/04/2021	Masculin	0	0	0	Base
24/01/1991	Masculin	0	0	0	Base
21/06/1958	Féminin	1	0	0	Base
20/07/1993	Féminin	1	1	1	Option 1
29/04/2019	Féminin	0	0	0	Option 1
18/10/1990	Masculin	0	0	0	Option 1
27/09/1987	Masculin	1	0	0	Option 1
01/08/1998	Féminin	1	0	0	Option 1
05/03/1969	Masculin	1	0	0	Option 1
10/06/1981	Féminin	1	0	1	Option 1
08/11/2006	Féminin	0	0	0	Option 1
06/03/1971	Féminin	1	0	0	Option 1
15/07/1996	Féminin	1	0	0	Option 1
02/05/1990	Masculin	1	0	0	Option 2
25/02/1993	Masculin	1	0	0	Option 2
01/10/1989	Féminin	1	1	1	Option 2
10/05/2020	Masculin	0	0	0	Option 2
18/05/1988	Masculin	0	0	0	Option 2
31/05/1973	Masculin	1	1	1	Option 2
10/01/2010	Masculin	0	0	0	Option 2
14/02/1971	Féminin	0	0	0	Option 2
25/05/1959	Féminin	1	1	0	Option 2
21/03/1954	Masculin	0	0	0	Option 2
26/01/1964	Féminin	1	0	0	Option 2
08/01/1989	Féminin	1	0	0	Option 2
02/10/1990	Masculin	1	0	0	Option 2
18/05/1982	Féminin	1	1	2	Option 2
16/07/1982	Masculin	0	0	0	Option 2
20/07/2016	Masculin	0	0	0	Option 2

Date de naissance	Sexe	Salarié	Nombre d'ayant droit adulte	Nombre d'ayant droit enfant	Tarif
29/09/2020	Féminin	0	0	0	Option 2
04/10/1961	Féminin	1	0	0	Option 2
25/07/1973	Masculin	1	1	0	Option 2
07/12/1973	Féminin	0	0	0	Option 2
29/05/1963	Masculin	1	1	0	Option 2
23/08/1964	Féminin	0	0	0	Option 2
16/11/1972	Masculin	1	0	0	Option 2
29/09/1972	Masculin	1	0	0	Option 2
08/03/1992	Féminin	1	0	1	Option 2
21/12/2016	Féminin	0	0	0	Option 2
20/03/1983	Masculin	1	1	3	Option 2
19/01/1982	Féminin	0	0	0	Option 2
03/02/2015	Masculin	0	0	0	Option 2
17/05/2016	Féminin	0	0	0	Option 2
16/03/2013	Féminin	0	0	0	Option 2
14/08/1969	Féminin	1	0	0	Option 2
15/10/1967	Féminin	1	0	0	Option 2
28/02/1992	Masculin	1	0	0	Option 2

Présentation de BGE PICARDIE

BGE PICARDIE est une Société Coopérative d'Intérêt Collectif ayant pour activité l'aide à la création d'entreprise. Pour cela elle reçoit, entre autres, le soutien financier de la région Hauts de France et d'autres collectivités.

BGE PICARDIE compte environ 70 salariés répartis sur 10 antennes.

Au 1er octobre 2022 : 65 salariés sont adhérents à la mutuelle : 44 en forfait « isolé » ; 11 en forfait Duo et 10 en forfait « famille »

Pour en savoir plus : www.bge-picardie.org