



4, rue des Buisses 59000 Lille

MARCHE PUBLIC

CAHIER DES CLAUSES

PARTICULIERES

Marché n°2022-002 :

Complémentaire santé à destination des salariés

ARTICLE 1 - Identification et dispositions générales

POUVOIR ADJUDICATEUR :

BGE HAUTS DE FRANCE

Représenté par **son Directeur Général, Grégory SAGEZ**

ADRESSE : 4 rue des Buisses

59000 LILLE

EFFET : **1^{ER} JANVIER 2022**

ECHEANCE ANNUELLE : 31 décembre

Préavis de demande de révision des prix / résiliation : 6 mois / 3 mois

DUREE DU CONTRAT : **4 ans** avec possibilité pour les deux parties de demande de révision des prix à l'issue des **2 premières années**.

La demande de révision des prix par l'une ou l'autre partie devra tenir compte d'un préavis de 6 mois. Si la négociation se conclut par un accord, cette révision sera valable pour les 2 années suivantes. Dans le cas où un accord n'est pas trouvé entre les deux parties, une demande de résiliation devra être faite avec un préavis de 3 mois avant l'échéance des 2 premières années (soit une échéance portée au 31/12/2023) par la partie souhaitant mettre fin à la collaboration.

ARTICLE 2 - Objet du marché

Le présent contrat a pour objet le renouvellement du contrat de complémentaire santé à destination des salariés de BGE Hauts de France. *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 SALARIES CONCERNES A 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 1^{er} du mois).

3.2 – LES DISPENSES D’AFFILIATION

L'adhésion est facultative pour les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (article L.863-1 du CSS) jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

L'adhésion est facultative pour les salariés déjà couverts à titre individuel, jusqu'à la prochaine échéance de leur contrat.

L'adhésion est facultative pour les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples).

L'adhésion est facultative pour les salariés déjà couverts (y compris en tant qu'ayant droit) au titre d'un autre emploi dans le cadre ;

- D'un autre régime de frais de santé obligatoire et collectif
- D'un contrat d'assurance de groupe dit « Madelin »
- Du régime d'Alsace Moselle, du régime complémentaire de la Camieg (Caisse d'assurance Maladie des industries électriques et gazières) ou d'une mutuelle des agents de l'état ou des collectivités territoriales

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. Dans ce cadre, le salarié peut choisir de ne pas cotiser sauf si l'employeur prend à charge 100 % de la cotisation. 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.

L'adhésion est facultative pour les salariés sous CDD de moins de trois mois.

L'adhésion est facultative pour les salariés dont le conjoint, concubin ou pacsé travaille dans la même entreprise, lorsqu'ils sont couverts en tant qu'ayants droit de celui-ci.

L'adhésion est facultative pour les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) ainsi que des apprentis, si la cotisation salariale est supérieure ou égale à 10% de leur rémunération.

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

3.3 - BENEFICAIRES 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 droit 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 1^{er} 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 présent dans les effectifs avant cette date.

Pour les nouveaux salariés les garanties prennent effet le 1^{er} du mois en cours si l'embauche a lieu avant le 15 du mois, le 1^{er} du mois suivant si l'embauche a lieu à partir du 16 du mois de l'embauche.

4.2 - MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITE

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 1^{er} 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 en 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 ayant-droits. Une même et seule grille de garanties est souscrite pour tous les adhérents (qu'ils soient salariés ou ayant-droits).

Un exemple des garanties souhaitées est indexé en annexe du cahier des clauses particulières : il s'agit du tableau des garanties actuelles. En lien avec le CSE, ces garanties seront conservées dans la mesure du possible telles quelles avec 2 demandes d'ajout : une meilleure prise en compte des remboursements des actes dits de « médecine douce » et une prise en charge des semelles orthopédiques.

D'autres modifications sont acceptées pour prendre en compte les nouvelles modalités du contrat responsable.

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 2 choix pour le salarié :

- Un tarif pour le salarié seul (« forfait « isolé »)
- Un tarif pour le salarié et ses ayants-droits (forfait « famille »)

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 famille) 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 et forfait famille), le taux appliqué sera valable durant toute la durée du marché.

Une prise en charge de 80% 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 - DEF AUT 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 Hauts de France, pour les salariés de l'association (droit privé).

Le titulaire s'engage à fournir au service Ressources Humaines (RH), au plus tard le 10 du mois et pour le mois en cours :

- un état du décompte des primes par salarié ainsi qu'un détail du mode de calcul des primes par salariés.

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...).

ANNEXES

CAHIER DES CLAUSES PARTICULIERES

Marché n°2022-002 :

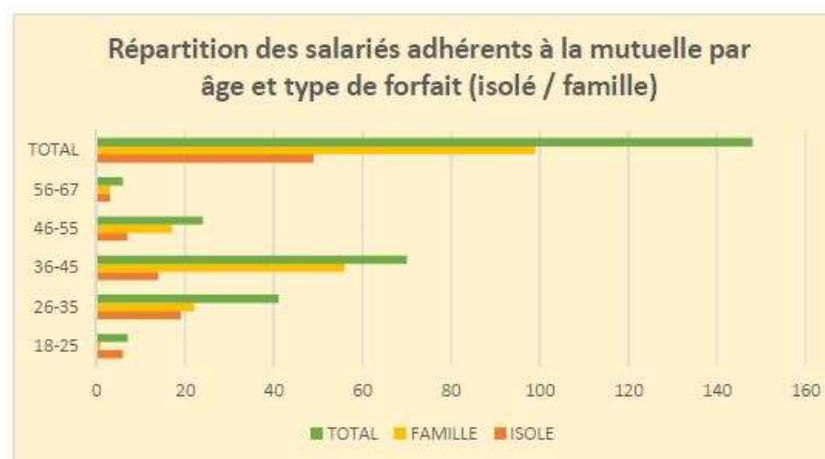
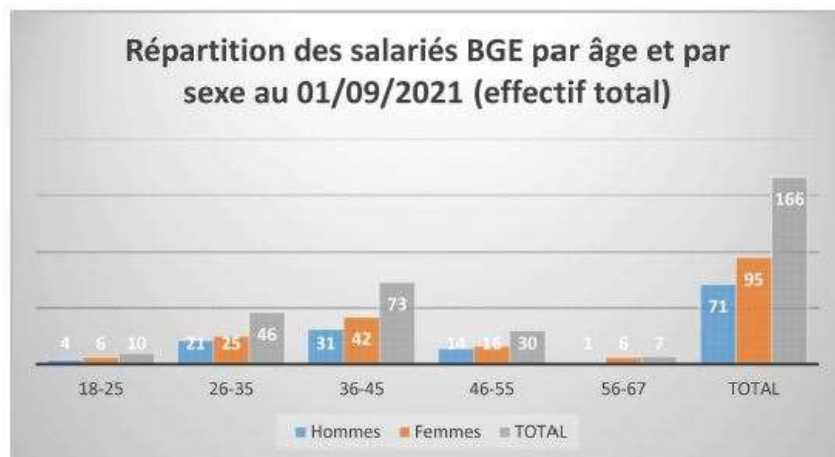
Complémentaire santé à destination des salariés

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
Médecins signataires DPTM *	80% BR	170% BR	250% BR	
Médecins non signataires DPTM *	80% BR	120% BR	200% BR	
Participation du patient				
Participation du patient	-	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours				
Frais de séjour ets conventionnés	80% BR	170% BR	250% BR	
Frais de séjour ets non conventionnés	80% BR	120% BR	200% BR	
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé
Chambre particulière				Par jour
Médecine, chirurgie et obstétrique	-	70 €	70 €	
Ambulatoire	-	70 €	70 €	
Repos, réadaptation et psychiatrie	-	70 €	70 €	Limité à 60 jours par an
Frais d'accompagnement				
Médecine et chirurgie	-	20 €	20 €	Montant par jour pour les bénéficiaires hospitalisés âgés de moins de 16 ans
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites - Médecins généralistes ou spécialistes				
Médecins signataires DPTM *	70% BR	100% BR	170% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	80% BR	150% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	100% BR	170% BR	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60% BR	40% BR	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR	
Actes d'imagerie				
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	100% BR	
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	35% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30% BR	70% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15% BR	85% BR	100% BR	
Matériel médical				
Orthopédie, accessoires, appareillage	60% BR	40% BR	100% BR	
Transport				
Transport	65% BR	35% BR	100% BR	
Cures thermales remboursées par l'AMO				
Forfait thermal et honoraires de surveillance	70% BR	30% BR	100% BR	
Hébergement et transports	65% BR	35% BR	100% BR	
Forfait cures thermales	-	5% PMSS	5% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	70% BR	80% BR	150% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues signataires DFTM *	70% BR	80% BR	150% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues non signataires DFTM *	70% BR	60% BR	130% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100% BR	250% BR	350% BR	
Soins et prothèses 100% santé(1) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Prothèses	70% BR	Frais réels moins 70% BR	Frais réels	
Prothèses hors 100% santé				
Panier à honoraires maîtrisés**				
Prothèses	70% BR	330% BR	400% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	80% BR	150% BR	
Panier à honoraires libres				
Prothèses	70% BR	330% BR	400% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	80% BR	150% BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
Parodontologie	-	200 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Prothèses	-	400% BR	400% BR	
Implantologie	-	300 €	300 €	Forfait par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
Orthodontie	-	200% BR	200% BR	
OPTIQUE 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Equipements 100% santé(1) (verres et/ou monture) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Monture	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
Prestations d'appairage	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) classe B - Tarifs libres En cas de mixité Classe A et Classe B, prise en charge dans la limite du plafond déduction faite du coût de la monture ou des verres de la Classe A. Remboursement maximum pour la monture : 100 € Adulte de 16 ans et plus				
Monture + verres simples	60% BR	320 € moins 60% BR	320 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres complexes	60% BR	430 € moins 60% BR	430 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres très complexes	60% BR	520 € moins 60% BR	520 €	Forfait par bénéficiaire
Enfant de moins de 16 ans				
Monture + verres simples	60% BR	260 € moins 60% BR	260 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Monture + verres complexes	60% BR	360 € moins 60% BR	360 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Monture + verres très complexes	60% BR	360 € moins 60% BR	360 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription	60% BR	40% BR	100% BR	
Lentilles				
Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR	100% BR	
Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	-	200 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO				
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	-	300 €	300 €	Forfait par œil, par an et par bénéficiaire

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Equipements 100% santé(1) Classe I - Soumis à des prix limités de vente				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis
Aides auditives	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Appareillage auditif
Equipements hors 100% santé(1) Classe II - Tarifs libres				Remboursement limité à 1700 € par oreille
Aides auditives				
Jusqu'à 20 ans inclus	60% BR	240% BR	300% BR	Appareillage auditif
Plus de 20 ans	60% BR	240% BR	300% BR	Appareillage auditif
Accessoires, entretien, piles, réparations				
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% BR	240% BR	300% BR	
PACK BIEN-ETRE - Dans la limite de 150€ par an et par bénéficiaire				
Vaccin Anti-grippe	-	7 €	7 €	Par an et par bénéficiaire - sur prescription médicale
Vaccin non remboursé par l'AMO	-	50 €	50 €	Par an et par bénéficiaire - sur prescription médicale
Analyses non remboursées et médicaments homéopathiques	-	50 €	50 €	Par an et par bénéficiaire - pour l'ensemble des postes et sur prescription médicale
Dermatologue	-	50 €	50 €	Par an et par bénéficiaire - uniquement sur les actes hors nomenclature et sur prescription médicale
Bilan nutritionnel	-	50 €	50 €	Sur la première séance
Dietéticien	-	30 €	30 €	Par séance dans la limite de 5 séances par an
Sevrage tabagique	-	75 €	75 €	Par an et par bénéficiaire - sur prescription médicale
Contraceptif non remboursé sur prescription médicale - spermicides - contraception d'urgence - préservatifs masculins ou féminins - test de grossesse non remboursé	-	50 €	50 €	Par an et par bénéficiaire
Pédicure - podologue	-	30 €	30 €	Par an et par bénéficiaire
Ostéopathe	-	50 €	50 €	Par séance dans la limite de 2 séances par an
Chiropractie - Eliopathie - Acupuncture - Psychothérapie - Sophrologie - Psychomotricité - Psychologie - Microkinésithérapie - Phytothérapie - Réflexologie - Luminothérapie	-	15 €	15 €	Par séance dans la limite de 4 séances par an
Dépistage non remboursé : cancer du col de l'utérus - infections urinaires - cancer du côlon - polyarthrite rhumatoïde - bilan allergique	-	50 €	50 €	Par an et par bénéficiaire
Thalassothérapie 67 ans et plus	-	150 €	150 €	Par an et par bénéficiaire - non cumulable avec la cure
Thalassothérapie jeune maman	-	150 €	150 €	Par an et par bénéficiaire pour les jeunes mamans - non cumulable avec la cure
Ostéodensitométrie osseuse	-	40 €	40 €	Par an et par bénéficiaire
Prévention soleil	-	30 €	30 €	Par an pour les enfants de moins de 16 ans
Patch anti douleur	-	20 €	20 €	Par an pour les enfants de moins de 16 ans
Prise en charge club sportif	-	50 €	50 €	Par an et par bénéficiaire
Basse vision : loupe - agrandisseur	-	150 €	150 €	Par an et par bénéficiaire
GARANTIES PLUS APEVA				
Prime naissance ou adoption	-	150 €	150 €	Forfait par enfant
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	-	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale
Consultation médicale à distance 7j/7 - 24h/24 : avec un médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) : Proposition d'un diagnostic médical Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas	-	OUI	OUI	Accédez au service médecindirect depuis les sites internet www.apreva.fr ou www.medicindirect.fr - service 100% confidentiel et sécurisé
Assistance vie quotidienne	-	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance

ELEMENTS DEMOGRAPHIQUES POUR L'APPEL D'OFFRES COMPLEMENTAIRES SANTE (données arrêtées au 01/09/21)



Présentation de BGE Hauts de France

BGE Hauts de France est une association loi 1901 sans but lucratif ayant pour activité l'aide à la création d'entreprise. Pour cela elle reçoit, entre autre, le soutien financier de la région Hauts de France et d'autres collectivités.

BGE Hauts de France compte environ 165 salariés répartis sur 15 antennes.

Au 1^{er} septembre 2021 : 148 salariés sont adhérents à la mutuelle : 49 en forfait « isolé » ; 99 en forfait « famille »

Pour en savoir plus : www.bge-hautsdefrance.fr