



RÈGLEMENT MUTUALISTE

01/01/2019



SOMMAIRE

Titre I : Catégories de bénéficiaires

Articles 1 à 2

Adhérents

Ayants droit

Titre II : Obligations des adhérents envers la Mutuelle

Articles 3 à 14

Chapitre 1 : Conditions d'admission

Chapitre 2 : Cotisations

Chapitre 3 : Radiations

Titre III : Obligations de la Mutuelle envers les adhérents

Articles 15 à 23

Chapitre 1 : Subrogation

Chapitre 2 : Prestations accordées par la Mutuelle

Chapitre 3 : Montants ou taux des prestations

RÈGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I : Catégories de bénéficiaires

Article 1 - Les bénéficiaires se répartissent en huit catégories

La Mutuelle admet des **adhérents** et des **membres honoraires**.

Les **adhérents** sont ceux qui, par le versement d'une cotisation à la Mutuelle, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de celle-ci.

Les **membres honoraires** sont les personnes physiques et/ou morales qui rendent ou ont rendu des services à la Mutuelle sans bénéficier des prestations et qui versent une cotisation ou font des dons. Ils ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

L'adhésion à la Mutuelle est obligatoire pour tous les salariés en CDI et en CDD d'une durée supérieure ou égale à un an des entités du Groupe BNP Paribas⁽¹⁾, adhérentes à la Mutuelle⁽²⁾.

L'adhésion à la Mutuelle est obligatoire pour les mandataires sociaux assimilés « salariés » au sens de la Sécurité Sociale des entités du Groupe BNP Paribas, adhérentes à la Mutuelle.

⁽¹⁾ Sauf cas de dispense d'ordre public ou de CDD inférieur à 1 an.

⁽²⁾ Y compris leur comité d'établissement, leur comité d'entreprise, leur comité central d'entreprise ou leur comité inter-entreprises.

ADHÉRENT

SALARIÉ : A

Salarié (CDI, CDD).

Ancien salarié bénéficiaire de la portabilité prévue à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale

Mandataire social assimilé salarié au sens de la Sécurité Sociale.

SALARIÉ : A'

ayant quitté la banque avant le 01/01/2016 (sous certaines conditions)

Salarié maintenu à l'issue de la portabilité

RETRAITÉ ET SALARIÉ : B ayant quitté la banque à compter du 01/01/2016 (sous certaines conditions)

Retraité ayant terminé son activité dans le Groupe BNP Paribas au sein d'une entreprise adhérente à la Mutuelle et dont l'adhésion doit intervenir le 1^{er} jour du mois suivant son départ à la retraite.

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin (cf. article 7)

AYANT DROIT

Les **ayants droit** des adhérents, susceptibles de bénéficier des prestations de la Mutuelle, sont les personnes désignées ci-après.

CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) DE L'ADHÉRENT : C

Conjoint, pacsé, concubin de l'adhérent (maintenu dans cette catégorie en cas de décès de l'adhérent), à la condition que la demande d'admission soit présentée dans les cinq ans suivant l'adhésion ou le mariage du salarié ou de la signature d'un PACS.

ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT : D

Ascendant à charge fiscalement de l'adhérent, âgé de plus de 67 ans ou de plus de 62 ans s'il est dans l'incapacité physique d'exercer un emploi ou considéré comme tel par l'Assurance Maladie.

Les conjoints, les signataires d'un PACS et les concubins ne doivent pas être âgés de plus de 62 ans au moment de l'adhésion, sauf si la radiation du conjoint précédemment inscrit sur le contrat de l'adhérent résulte d'une mobilité au sein du Groupe BNP Paribas, d'un détachement ou d'un retour d'expatriation.

ENFANT DE L'ADHÉRENT : E

Enfant (dès sa naissance et jusqu'au dernier jour du mois de l'anniversaire de ses 28 ans).

ENFANT DE L'ADHÉRENT, EN SITUATION DE HANDICAP : F et F'

F : Enfant, maintenu sans condition d'âge sur présentation de la notification de décision de la CDAPH* reconnaissant un taux d'incapacité > à 80% en cours de validité

F' : Enfant de plus de 28 ans sur présentation de la notification de décision de la CDAPH*, reconnaissant un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%, et l'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé en cours de validité

* NB : Commission Départementale de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Article 2 - Éthique d'une mutuelle solidaire

La Mutuelle ne peut instituer en faveur de certains adhérents un avantage particulier en fonction de la nature du risque encouru, des cotisations acquittées ou de la situation de famille des intéressés. Les adhérents peuvent demander l'adhésion des membres de leur famille aux conditions prévues au présent Règlement. Ces derniers sont considérés comme des ayants droit.

TITRE II : Obligation des adhérents envers la Mutuelle

Chapitre I : Conditions d'admission

Article 3 - Admission des ayants droit

L'**admission** à la Mutuelle d'une personne entrant dans la catégorie des **ayants droit** doit donner lieu à l'établissement d'un **bulletin d'adhésion** par l'adhérent (disponible sur le site internet : www.mutuelle.bnpparibas.fr), mentionnant le numéro de l'adhérent à la Mutuelle du Groupe BNP Paribas.

L'adhérent doit aviser la Mutuelle, sans délai et par écrit, de tout changement intervenant dans sa situation familiale et lors d'un changement d'adresse du domicile.

Chaque demande doit être adressée le plus tôt possible à la Mutuelle, l'adhésion d'un ayant droit prenant effet à compter du premier jour du mois qui suit sa réception pour une durée d'un an minimum..

Le droit aux prestations est acquis dès le premier jour du mois donnant lieu à perception de la cotisation, exception faite des adhésions reçues tardivement (article 5).

Article 4 - Formalités d'adhésion des ayants droit

L'admission des **conjoint, concubins, signataires d'un PACS et des enfants de ceux-ci** s'effectue dans les conditions suivantes :

- établissement d'un bulletin d'adhésion rempli par l'adhérent, y compris le document "votre choix de couverture santé"
- copie du justificatif officiel (mariage, PACS),
- en cas de concubinage, la date de celui-ci, la production d'une attestation sur l'honneur par l'adhérent précisant la situation de famille (célibataire, veuf ou divorcé), ainsi qu'un justificatif mentionnant les deux noms à la même adresse,
- copie de l'attestation de l'Assurance Maladie.

L'admission de l'enfant du concubin ou du signataire d'un PACS n'est possible qu'à la condition que ce dernier soit inscrit à la Mutuelle.

Article 5 - Demandes d'admission tardives et réinscription

Les demandes d'admission et de réinscription tardives sollicitées par l'adhérent :

- **Au-delà de cinq ans, l'adhésion et la réinscription** des ayants droit est refusée, sauf si la radiation de la complémentaire santé obligatoire est de moins de 3 mois. Un certificat de radiation sera demandé.

Il est précisé que les **ascendants** de l'adhérent sont admis en qualité d'ayants droit, sous conditions :

- d'une déclaration de résidence avec et dans la résidence principale de l'adhérent,
- d'un certificat de non-imposition à l'impôt sur le revenu,

Article 6 - Règles de fonctionnement des options

ADHÉSION

Seules les personnes inscrites à la Mutuelle du Groupe BNP Paribas (**adhérents et ayants droit**) peuvent adhérer à une option (option 1 ou option 2).

Le **nouvel embauché ainsi que le collaborateur muté au sein du Groupe BNP Paribas adhérant à la Mutuelle à l'occasion de sa mutation ainsi que leurs ayants droit** ont un délai de 3 mois pour souscrire à l'option. Elle prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion avec possibilité de rétroactivité sur simple demande de l'adhérent entraînant rappel de cotisations.

Les **autres salariés et leurs ayants droit** déjà inscrits peuvent souscrire mensuellement à l'option pour une durée minimum de 2 années. La souscription prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin et se voit appliquer un délai de carence de 3 mois.

Concernant les **nouveau-nés**, la souscription de l'option doit s'effectuer dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de naissance. La date d'adhésion retenue est le jour de la naissance.

Les options peuvent être souscrites :

par **l'adhérent**, pour lui même et l'ensemble de ses **ayants droit** bénéficiaires de la Mutuelle ou pour certains d'entre eux, **et/ou** uniquement pour ses **ayants droit** ou certains d'entre eux.

Le **bulletin de modification** (disponible sur le site de la Mutuelle) doit être préalablement complété pour toute demande de modification ou d'adhésion y compris le document «votre choix de couverture santé»

ENGAGEMENT

La durée minimum de l'engagement est de **deux années** complètes. Cet engagement est ensuite renouvelable par tacite reconduction.

Le passage d'une option à une autre ne peut se faire qu'à l'échéance de la seconde année. Cette possibilité ne pourra être exercée qu'une seule fois durant toute la durée d'adhésion à la Mutuelle.

RÉSILIATION

La résiliation ne peut être enregistrée qu'à l'issue de la durée de l'engagement (**2 ans**). L'adhérent aura la possibilité de souscrire à nouveau à l'option 1 ou 2 au terme d'une période de 3 ans. Cette possibilité ne pourra être exercée qu'une seule fois durant **toute la durée d'adhésion à la Mutuelle**.

CARENCE

La période de carence de 3 mois ne s'applique pas dans le cas d'un nouvel embauché ou d'un collaborateur provenant d'une entité du Groupe BNP Paribas n'adhérant pas à la Mutuelle ainsi que leurs ayants droit.

Dans tous les autres cas une période de carence de 3 mois s'applique. Les cotisations sont perçues pendant cette période.

Article 7 - Départ de l'adhérent d'une entité affiliée à la Mutuelle

RETRAITÉS

L'adhérent cessant son activité au titre des dispositions applicables en matière de retraite peut être maintenu selon les dispositions de l'article 1 du présent règlement.

«Les veufs ou veuves d'un adhérent, non remarié(e)s, non pacsé(e)s ou non concubin(e)s sont maintenu(e)s.»

PORTABILITÉ (Accord National Interprofessionnel)

L'ANI du 11 janvier 2013 prévoit la mise en place d'un mécanisme dit de "portabilité" permettant aux salariés dont le contrat de travail a pris fin au-delà du 31 décembre 2013 et qui sont pris en charge par le régime d'assurance chômage, de conserver temporairement le bénéfice des couvertures complémentaires santé appliquées dans leur ancienne entreprise.

Sous réserve que la rupture du contrat de travail ouvre droit au régime d'assurance chômage, l'adhérent conserve ainsi le bénéfice, pendant sa période de chômage et, pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, des mêmes garanties en santé à savoir :

pour lui et ses éventuels ayants droit, de remboursements de frais de santé via la Mutuelle du Groupe BNP Paribas. Le maintien de ces garanties se poursuit sur la base des options que l'adhérent a éventuellement choisies antérieurement à la date de la rupture de son contrat de travail, sans possibilité de les modifier après la rupture de ce dernier.

Pour toute demande de prise en charge au titre de ces régimes il devra fournir la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, ainsi que, le cas échéant, le décompte de sécurité sociale lié aux indemnités journalières.

Ce dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation de son contrat de travail dès lors qu'il bénéficie d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le maintien de ces garanties est déterminé en fonction de la durée du dernier contrat de travail sur une période maximum de 12 mois.

Le financement du maintien des garanties santé est assuré par mutualisation, c'est-à-dire que la cotisation des salariés actifs prend en charge le coût de ce dispositif.

En cas de cessation du versement des allocations d'assurance chômage intervenant pendant la période de maintien des garanties, de même que si l'adhérent retrouve un emploi pendant cette période, il devra en informer la Mutuelle par écrit.

LOI EVIN

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin : les anciens salariés ci-après peuvent demander leur maintien à la Mutuelle sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail (ou à l'issue de la période de portabilité)⁽¹⁾ :

- les anciens salariés retraités, bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Un justificatif devra être fourni par l'adhérent.

EXPATRIATION - MOBILITÉ - DÉMISSION

L'adhérent et ses éventuels ayants droit rattachés sont radiés à la fin du mois suivant le départ de l'entreprise ou de l'entité affiliée à la Mutuelle du Groupe BNP Paribas en cas de démission, mobilité au sein du Groupe vers une entité non affiliée ou expatriation.

DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Les ayants droit inscrits sont maintenus après le décès de l'adhérent.

Chapitre II : Cotisations

Article 8 - Mutuelle de base

En vertu des dispositions de l'article 58 des Statuts, les **adhérents acquittent leur cotisation** mensuelle ainsi que celles de leurs **ayants droit**, fixées conformément au présent Règlement.

Cette cotisation couvre les prestations assurées par la Mutuelle conformément aux articles 16 et 17 du présent Règlement, les frais de gestion et les divers impôts et taxes.

Article 9 - Prélèvement des cotisations

Les cotisations sont prélevées chaque fin de mois sur les salaires. Dans les autres cas, par prélèvement mensuel, sur le compte bancaire de l'adhérent.

Tout mois commencé est dû sans proratisation.

La cotisation de base est minorée de 10% pour les adhérents et ayants droit bénéficiant du régime Alsace Moselle (Départements : du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle).

Pour les options, les cotisations sont prélevées selon les mêmes modalités que les cotisations de la Mutuelle. Elles sont révisables au 1^{er} janvier de chaque année.

LES COTISATIONS DES OPTIONS

SALARIÉS	Option 1	Option 2
Adulte et enfant de 20 ans à - 28 ans	12,00 €	27,00 €
Enfant de - 20 ans jusqu'au 2 ^e	6,00 €	12,00 €
Gratuité à partir du 3 ^e enfant *		

RETRAITÉS	Option 1	Option 2
Adulte et enfant de 20 ans à - 28 ans	14,00 €	30,00 €
Enfant de - 20 ans jusqu'au 2 ^e	6,00 €	12,00 €
Gratuité à partir du 3 ^e enfant *		

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

Article 10 - Calcul des cotisations

ADHÉRENTS

SALARIÉS : A

COTISATION SALARIALE

- Salaire mensuel **inférieur ou égal** au plafond de la Sécurité Sociale : **Cotisation = 19,00 €**
- Salaire mensuel **supérieur au plafond** de la Sécurité Sociale : **Cotisation = 19,00€ + 0,75%***
(*du salaire mensuel supérieur au plafond de la Sécurité Sociale, dans la limite de deux plafonds de la Sécurité Sociale avec une cotisation plafond de **44,33€**)

Salaire mensuel = salaire conventionnel annuel brut de base à temps plein
Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (P.M.S.S.) : 3 377€ au 01/01/2019

COTISATION PATRONALE

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

SALARIÉS : A' * ayant quitté la banque au plus tard au 31/12/2015 (sous certaines conditions) Art.1 = B + 30%

93,60€

113,10€

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

RETRAITÉS : B

≤ 120% du P.M.S.S.

72,00€

> à 120% du P.M.S.S.

87,00€

Nb : Pour les départs intervenant depuis le 1^{er} juillet 2017, le tarif est appliqué conformément au décret du 23 mars 2017 modifiant la loi Evin.

La 1^{ère} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

La 2^{ème} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% et de plus de 50% la 3^{ème} année aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs (part salariale + part patronale).

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

AYANTS DROIT (**)

CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) : C

< à 40 ans

41,00€

≥ à 40 ans et - de 60 ans

59,00€

≥ à 60 ans

89,00 €

CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) (A')

d'un adhérent ayant quitté l'entreprise C + 30 %

53,30€

76,70€

115,70€

ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT : D

Ascendant

89,00€

ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT (A')

ayant quitté l'entreprise D + 30%

115,70€

(**) Les ayants droit retraités ne pouvant plus bénéficier de leur Mutuelle obligatoire verront leur cotisation de base (+ 60 ans) majorée de 30%.

ENFANTS : E		ENFANT DE L'ADHÉRENT (A') ayant quitté l'entreprise E + 30%
De 0 à - de 28 ans	22,00€	28,60€
Gratuité à partir du 3 ^e enfant*		

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

ENFANT DE L'ADHÉRENT, EN SITUATION DE HANDICAP : F - F'		ENFANT DE L'ADHÉRENT (A') ayant quitté l'entreprise, en situation de handicap F' + 30%
F : Sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité >à 80% attribuée par la (CDAPH)*, en cours de validité	Exonération de la cotisation	
F' : Sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité de 50% à 79% et l'attribution de l'AAH par la (CDAPH)*, en cours de validité	28,60€	37,18€

Article 11 - Perception des prestations

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 12 - Rétrocession des cotisations

Toute demande relative à la rétrocession de cotisations devra être justifiée par l'adhérent et accordée par la Mutuelle et ne pourra être envisagée au-delà de 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

Chapitre III : Radiations

Article 13 - Ayants droit et retraités

Radiation des ayants droit et des **retraités**

Suivant l'article 7 des Statuts la demande de radiation de l'adhérent, des conjoints ou enfants de ceux-ci doit être formulée par écrit (bulletin de modification disponible sur le site internet de la mutuelle).

Les demandes de résiliation des ayants droit (conjoint ou enfant salarié) sont acceptées sans délai dans le cadre d'une affiliation obligatoire à une autre Mutuelle ou une inscription à la CMU complémentaire.

La radiation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées (tout mois commencé est dû sans proratisation).

Les ayants droit de l'adhérent se trouvent concomitamment exclus du bénéfice des prestations.

La durée minimum d'adhésion d'un ayant droit est d'un an. En cas de demande de résiliation d'un ayant droit il ne sera plus possible que ce dernier puisse bénéficier à nouveau d'une adhésion à la mutuelle à l'exception du cas prévu par l'article 5.

Article 14 - Versement de prestations

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la radiation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Dans le cas où la Mutuelle aurait versé des prestations à l'adhérent et/ou à des tiers pour des soins postérieurs à la date effective de radiation, la Mutuelle, réclamera le remboursement auprès de l'adhérent radié à l'appui des justificatifs. Après remboursement, la Mutuelle délivrera une attestation permettant à l'adhérent d'obtenir une éventuelle prise en charge par sa nouvelle mutuelle.

En cas de non remboursement, la Mutuelle engagera toute action visant à recouvrer les sommes dues.

TITRE III : Obligation de la Mutuelle envers les adhérents

Chapitre I : Subrogation

Article 15 - Subrogation en cas d'accident avec tiers responsable

La Mutuelle est **subrogée** de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments du préjudice.

De même, en cas d'accident suivi du décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre II : Prestations accordées par la Mutuelle

Article 16 - Règles de fonctionnement

Les prestations accordées par la Mutuelle sont les suivantes : maladie, chirurgie, hospitalisation, maternité, auxquelles s'ajoute un fonds d'action sociale permettant de verser des allocations exceptionnelles, des aides à la personne, et des aides aux personnes en situation de handicap. Elles sont détaillées au titre III chapitre 3 du présent Règlement.

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés par l'adhérent, ses ayants droit, sous déduction des remboursements effectués par l'Assurance Maladie ou tout autre organisme complémentaire.

La Mutuelle verse des prestations en complément des remboursements de l'Assurance Maladie, sauf exception, et suivant certaines dispositions réglementaires.

En conséquence, la Mutuelle ne prend pas en charge les soins effectués à l'étranger sauf si une participation de l'Assurance Maladie est versée.

Article 17 - Régimes spéciaux

Les adhérents assujettis aux régimes spéciaux ou particuliers de l'Assurance Maladie, à d'autres régimes tels que la caisse monégasque, la caisse des notaires, etc., reçoivent les mêmes prestations que les adhérents affiliés au régime général, dans la limite des frais engagés.

Article 18 - Pièces justificatives

Le délai octroyé aux adhérents, pour présenter leurs demandes de remboursement, est fixé à **vingt quatre mois** à compter de la date de règlement de l'organisme payeur ou à défaut de la date des soins.

Les adhérents doivent produire spontanément ou à la demande de la Mutuelle les pièces justificatives (décomptes de l'Assurance Maladie, notes d'honoraires, factures, etc.) afférentes aux dépenses engagées. La Mutuelle se réserve le droit de réclamer les originaux des pièces justificatives.

Tous les documents reçus par la Mutuelle à l'appui d'un dossier de demande de remboursement sont conservés par ses soins pour être à même, le cas échéant, de justifier des prestations servies. Le délai de conservation de ces documents est de deux ans à compter de la date de traitement par la Mutuelle.

Article 19 - Date d'effet

Le droit aux prestations prend effet :

- pour les **salariés** le premier jour du mois de leur embauche ainsi qu'éventuellement pour leurs ayants droit,
- au delà du premier mois, pour les **ayants droit**, le droit est ouvert le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la demande d'adhésion a été reçue par la Mutuelle,
- pour les **nouveaux-nés** dès le premier jour de la naissance si l'adhésion est enregistrée dans les trois mois suivant l'événement,

Article 20 - Suspension de versement

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

En cas de régularisation de l'Assurance Maladie ayant entraîné un trop versé de prestations par la Mutuelle ou en cas d'erreur constatée, (erreur de bénéficiaire, erreur de prestation, trop versé) dans le traitement d'une prestation ayant également entraîné un versement erroné, la Mutuelle se réserve le droit, après en avoir avisé préalablement l'adhérent par courrier, de suspendre temporairement le versement des prestations jusqu'au remboursement des sommes versées à tort.

Dès régularisation, la Mutuelle procédera au déblocage des prestations.

Article 21 - Bénéficiaires

La Mutuelle n'est tenue au paiement de ses prestations qu'à l'adhérent ou à son représentant (tutelle, succession).

Chapitre III : Montants ou taux des prestations

Article 22 - Règles de fonctionnement

Les adhérents et les ayants droit bénéficient d'une participation à leurs frais de santé et peuvent bénéficier de certaines allocations dans les conditions exposées dans ce chapitre.

Dans tous les cas et pour toutes les catégories de membres, le remboursement de la Mutuelle, s'il est complémentaire, ne peut l'être que d'un régime d'Assurance Maladie ou assimilé, ou d'organismes de la Mutualité.

Lors de toute adhésion, sauf refus exprès de l'adhérent, la Mutuelle intervient auprès de la Caisse d'Assurance Maladie pour la mise en place de la procédure de télétransmission des données dite « Noémie ». Celle-ci pouvant occasionnellement être défaillante, chaque bénéficiaire doit s'assurer que la participation de la Mutuelle lui a bien été versée.

Article 23 - Détail des prestations

Sauf mention contraire, le remboursement de la Mutuelle est exprimé en pourcentage de la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)** et ne prend pas en charge : la franchise de 1 € par acte médical, la franchise de 0,50 € par boîte de médicament et par acte paramédical, la franchise de 2 € par transport sanitaire, la majoration du ticket modérateur, ni la franchise appliquée aux dépassements d'honoraires hors parcours de soins. La prise en charge des dépassements d'honoraires est encadrée selon que le médecin adhère ou non aux dispositions de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) pour le médecin exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX			% BRSS ² ou Forfait		
Généralistes (consultations et visites)	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	-	TM	60% BRSS	60% BRSS
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸		TM	40% BRSS	40% BRSS
Spécialistes (consultations et visites)	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	70%	TM	110% BRSS	130% BRSS
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸		TM	90% BRSS	100% BRSS
Séances d'ostéopathie, chiropractie, étiopathie		-	40€/séance maxi 3 par an ¹² (les 3 spécialités confondues)	-	-
Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptiste, podologues)		60%	TM	-	-
Consultation podologue (non prise en charge par l'Assurance Maladie)			25€/séance maxi 2 par an ¹²	-	-
Kinésithérapeutes		60%	TM + 20% BRSS	0,50€/lettre clé ³	1€/lettre clé ³
Actes de radiologie	OPTAM/OPTAM-CO ⁷ Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸	70%	TM + 120% BRSS	-	-
Mammographie					
IRM					
Scanner (pris en charge par l'Assurance Maladie)			TM + 100% BRSS		
Petscan					
Actes de spécialité (ATM)	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	70%	TM + 40% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸		TM + 20% BRSS	40% BRSS	80% BRSS
Actes d'échographie (ADE)	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	70%	TM + 40% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸		TM + 20% BRSS	40% BRSS	80% BRSS
Actes de petite chirurgie (ADC)	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	70%	TM + 70% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸		TM + 50% BRSS	40% BRSS	50% BRSS
Analyses médicales		60%	TM	-	-
Analyses non prises en charge par l'Assurance Maladie (avec facture)		-	Forfait annuel 150€ ¹²	-	-

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX			% BRSS ² ou Forfait		
Pharmacie		65% - 30% - 15%	TM	-	-
Produits pour diabétiques (pris en charge par l'Assurance Maladie)		100%	60% Frais réels	-	-
Accessoires et pansements		60%	TM + 90% BRSS	-	-
Transports		65%	TM	-	-
Cure Thermale (hors hospitalisation)	Sans frais d'hébergement	70% et 65%	TM	-	-
	Avec frais d'hébergement		TM ou Forfait 252€	-	Forfait 160€
Cure Thermale (sous hospitalisation)	Sous déduction du forfait journalier	80%	TM	-	Forfait 160€
	Si chambre particulière			-	
Aucune prise en charge établie		-	Forfait 252€	-	Forfait 160€
APPAREILLAGE ET ORTHOPÉDIE					
Appareillage et orthopédie pris en charge par l'Assurance Maladie		60%	TM + 90% BRSS	-	-
Semelles orthopédiques prises en charge par l'Assurance Maladie		60%	Fofait 200€ ⁴ pour les 2 semelles	-	-
Prothèse capillaire prise en charge par l'Assurance Maladie		60% ou 100%	Forfait 700€	-	-
Entretien et réparation appareil auditif		60%	Forfait 75€/appareil	-	-
Prothèse auditive prise en charge par l'Assurance Maladie* " La prise en charge est limitée à un équipement par période de 4 ans calculée à compter de la date de facturation. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment."		60%	Forfait appareil/ 600€ ¹⁴	Forfait 300€/appareil ¹⁴	Forfait 700€/appareil ¹⁴
SOINS DENTAIRE					
Soins dentaires		70%	TM + 25% BRSS		
Inlay, onlay		70%	Forfait 200€ ⁴		
Traitement canalaire		70%	Forfait 200€ ⁴		
Soins de parodontologie		-	Forfait 300€/an ¹²	Forfait 315€/an ¹²	Forfait 630€/an ¹²
Scan dentaire non pris en charge par l'assurance maladie		-	Forfait 120€ ⁴		
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE					
Prothèses dentaires fixes ou mobiles, Inlay core		70%	TM + 245% BRSS	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 600€	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 1200€
Couronne provisoire (à compter du 1/04/2019)			TM + 500% BRSS		
PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE					
Prothèse dentaire non prise en charge par l'Assurance Maladie mais figurant à la CCAM* (sur présentation de la facture acquittée)		-	275% BRSS	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 600€	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 1200€
Couronne provisoire (sur présentation de la facture acquittée)		-	60€/dent		

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
------------------------	---	---	--	--

IMPLANTOLOGIE

Implant (limités à 4 implants par an et par bénéficiaire (sur présentation de la facture acquittée))	-	220€/implant ⁵	250€/implant ⁵	520€/implant ⁵
Pilier implantaire (sur présentation de la facture acquittée)	-	80€/pilier	50€/pilier	80€/pilier

ORTHODONTIE

Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie	Actes préliminaires (TO 20)	70%	4,80€ de la lettre clé (TO) ³ (96€)	-	-
	Semestre (Exclusivement TO 90)	100%	Forfait 700€	-	-
	Année de contention (TO 75) (1 ^{er} année)	100%	4,80€ de la lettre clé (TO) ³ (360€)	-	-
	(TO 50-2 ^{ème} année)	70%	4,80€ de la lettre clé (TO) ³ (240€)	-	-
Orthopédie dento-faciale codifiée TO 200		100%	Forfait 1000€	-	-
Orthodontie non prise en charge par l'Assurance Maladie Forfait limité à un seul traitement		-	Forfait 700€ pour l'ensemble du traitement	Forfait 150€ pour l'ensemble du traitement	Forfait 300€ pour l'ensemble du traitement

HOSPITALISATION MÉDECINE OU CHIRURGIE (hors maternité et cure termale)

Frais de séjour	80%	TM	-	-
Forfait journalier sans limitation de durée	-	100% ⁶	-	-
Participation forfaitaire sur acte supérieur à 120€	-	100%	-	-
Chambre particulière (toutes spécialités confondues)	-	50€/jour limité à 60 jours/an ¹²	30€/jour max 60 jours/an ⁶	30€/jour max 60 jours/an ⁶
Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans (sur présentation d'une facture acquittée et du bulletin de situation de l'enfant hospitalisé)	-	35€/jour limité à 15 jours/an ¹²	-	-
Honoraires de praticiens	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	TM + 300% BRSS	-	-
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸	TM + 100% BRSS	-	-

MATERNITÉ

Honoraires de praticiens	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	TM + 300% BRSS	-	-
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁸	TM + 100% BRSS	-	-
Chambre particulière	-	80€/jour max 8 jours	-	-

NAISSANCE

Allocation naissance (sous forme de C'KDO dématérialisé)	-	5% du PMSS (A)	-	-
--	---	----------------	---	---

SOINS EXTERNES EN CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE EN MILIEU MARIN

Soins de rééducation fonctionnelle en externe	80%	TM	-	-
Si frais d'hébergement (21 jours maximum)	-	1/21 ^{ème} de 252€ prorata temporis du nombre de séances	-	-

(A) Valeur au 01/01/2019 du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 3377€

NATURE DES PRESTATIONS			Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
ACTES DE PRÉVENTION				% BRSS ² ou Forfait		
Ostéodensitométrie prescrite dans le cadre du parcours de soins	Avec participation de l'assurance Maladie	OPTAM/OPTAM-CO ⁷	70%	TM + 120% BRSS	-	-
		Non OPTAM / Non OPTAM-CO ⁸		TM + 100% BRSS	-	-
	Sans participation de l'Assurance Maladie		-	Forfait de 60€ ⁴	-	-
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage			60%	TM	-	-
Vaccin anti-grippe (avec facture détaillée)			-	100% des frais réels	-	-
Vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie (avec facture détaillée)			-	Forfait de 60€/an ¹²	20€	40€
Contraception féminine non prise en charge par l'Assurance Maladie (avec prescription médicale)			-	Forfait de 80€/an ¹²	-	-
Sevrage tabagique ¹³ (après remboursement du forfait de l'Assurance Maladie)			150€/an	Forfait de 100€/an ¹²	-	-
Consultation diététicien			-	30€/séance max 2/an ¹²	-	-
DIVERS						
Psychologue clinicien / Psychothérapeute clinicien/ Psychomotricien / Ergothérapeute			-	Sur dossier (A)	-	-
FONDS D'ACTION SOCIALE						
Allocations exceptionnelles			-	Sur dossier (A)	-	-
Aides à la personne			-	Sur dossier (A)	-	-
Aides aux personnes en situation de handicap			-	Sur dossier (B)	-	-

- (A) Elles peuvent être accordées aux adhérents et aux ayants droit, à l'appui d'un dossier reprenant les justifications des ressources et des dépenses, dossier adressé à : Mutuelle du Groupe BNP Paribas - Fonds d'Action Sociale - CKA 01 A1 -3-5-7, rue du général Compans 93500 Pantin
- (B) Elles peuvent être accordées à l'adhérent, son conjoint et/ou à son enfant, sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité > à 50%, attribuée par la Commission Départementale de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), en cours de validité, concernant des frais directement liés au handicap. Vous trouverez plus de détail concernant le Fonds d'Action Sociale sur notre site : www.mutuelle.bnpparibas.fr → rubrique Infos générales → Fonds d'Action Sociale, page 2.

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

OPTIQUE

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹	Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
------------------------	---	---	--	--

OPTIQUE : Garanties par type de verre

NB : Le montant du remboursement d'un équipement optique (1 monture + 2 verres) est calculé en fonction de la BRSS de chaque verre et de la monture dont les montants sont détaillés ci dessous. La prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans calculée à compter de la date de facturation. Annuellement pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

		% BRSS ² ou Forfait		
Lunettes adulte et enfant		60%	Voir ci-dessous	Voir ci-dessous
Lentilles de contact correctives (Paire)	Prises en charge par l'assurance Maladie	60%	Forfait unique annuel 400€ ¹²	
	Non prises en charge par l'Assurance Maladie (ordonnance de moins de 3 ans)	-		
Opération laser de l'oeil (myopie, presbytie,...)		-	500€ par oeil	100€ par oeil

SIMULEZ LE REMBOURSEMENT de votre Mutuelle par rapport à la BRSS	BRSS Enfant	BRSS Adulte	Base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)	Option 1 (en complément de la mutuelle de base)	Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
MONTURE	30,49€	2,84€	50,00€	60,00€	80,00€
VERRE : SIMPLE (selon le type de corrections)	12,04€	2,29€	35,00€	40,00€	65,00€
	14,94€	3,66€	55,00€	40,00€	65,00€
VERRE : COMPLEXE (selon le type de corrections)	26,68€	4,12€	80,00€	40,00€	65,00€
	27,90€	6,25€	95,00€	40,00€	65,00€
	36,28€	6,86€	105,00€	40,00€	65,00€
	39,18€	7,32€	110,00€	40,00€	65,00€
	44,97€	7,62€	115,00€	40,00€	65,00€
	46,50€	9,45€	145,00€	40,00€	65,00€
	43,60€	10,37€	155,00€	40,00€	65,00€
VERRE : TRÈS COMPLEXE (selon le type de corrections)	43,30€	10,82€	165,00€	40,00€	65,00€
	66,62€	24,54€	295,00€	40,00€	65,00€

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

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

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

RENOIS

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

Exemple : kinésithérapeute, participation dans le cadre d'options

1 séance codifiée AMK9 = 1 AMK9 :

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

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

10 séances codifiées AMK9 = 10 AMK9 :

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

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

- 4 - Forfait par acte.
- 5 - Un seul implant par dent manquante (hors mini-implant).
- 6 - Sauf maternité et cure thermique.
- 7 - OPTAM : Médecins adhérents à l'OTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)
OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique).
- 8 - NON OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / NON OPTAM - CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique) Médecins qui n'adhèrent pas à ces options.
- 9 - Un équipement = 1 monture + 2 verres.
- 10 - Cette date est déterminée par la date de facturation (12 ou 24 mois glissants).
- 11 - Par dérogation, enfant mineur et évolution de la vue (12 mois glissants).
- 12 - Forfait par année civile.
- 13- Sur production du décompte de l'Assurance Maladie ou de la version électronique du décompte AMELI.fr.
- 14- Forfait alloué par période de 4 ans à compter de la date de facturation de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

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

LEXIQUE

TM : Ticket Modérateur

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

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale ou Tarif de convention

Il s'agit d'un tarif fixé par la Sécurité Sociale qui sert à définir la somme qui vous est remboursée après un acte médical. Selon les actes médicaux, vous percevez un pourcentage variable de la BRSS de 30 à 100%.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) sert de base pour de nombreuses cotisations et prestations sociales. La valeur pour l'année est généralement connue en décembre de l'année précédente.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

OPTAM/OPTAM-CO

Depuis le 1er janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par deux options tarifaires :

l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) ; l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

