



# RÈGLEMENT MUTUALISTE

Adhésion individuelle -

Applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020

# SOMMAIRE

## **Titre I : Catégories de bénéficiaires**

Articles 1 à 2

Bénéficiaires

Ayants droit

## **Titre II : Obligations des adhérents envers la Mutuelle**

Articles 3 à 15

**Chapitre 1** : Conditions d'admission

**Chapitre 2** : Cotisations

**Chapitre 3** : Radiations

## **Titre III : Obligations de la Mutuelle envers les adhérents**

Articles 16 à 24

**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 - Bénéficiaires

La Mutuelle regroupe des **adhérents** à titre individuel à savoir

- **adhérents** à titre facultatif qui versent une cotisation à la Mutuelle, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de celle-ci.

Pour éviter toute interruption de la couverture santé, le collaborateur nouvellement retraité reste automatiquement affilié à la Mutuelle à titre individuel aux conditions prévues par la loi Evin, tant qu'il n'exprime pas son désir de la quitter. Ses ayants droit précédemment inscrits dans le cadre du contrat collectif liant l'Entreprise et la Mutuelle font également l'objet d'une affiliation automatique.

#### LOI EVIN

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

- les anciens salariés retraités, bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité

Un justificatif devra être fourni par l'adhérent.

L'adhésion est facultative pour les adhérents retraités et les adhérents en maintien

- **adhérents** bénéficiant de la portabilité : se référer à l'article 7

#### ADHÉRENT

##### RETRAITÉ (B)

Retraité ayant terminé son activité dans le Groupe BNP Paribas au sein d'une entreprise adhérente à la Mutuelle et dont l'adhésion intervient le 1<sup>er</sup> 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)

##### SALARIÉ (A') ayant quitté le Groupe BNP Paribas au plus tard au 31/12/2015 (sous certaines conditions)

Salarié maintenu à l'issue de la portabilité

## 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, partenaire de PACS, concubin de l'adhérent (maintenu en cas de décès de l'adhérent).

La limite d'âge pour l'adhésion des conjoints, des partenaires d'un PACS et des concubins est fixée à 62 ans, sauf si la demande d'adhésion au delà de cet âge résulte de la radiation d'une complémentaire santé obligatoire.

### 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.

### 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%, ou l'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé en cours de validité

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

### ENFANT DE L'ADHÉRENT (E)

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

## 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.

## 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](http://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.

L'admission des ayants droit d'adhérents retraités ou en maintien est possible que dans les cas suivants : mariage, pacs, naissance ou adoption d'un enfant.

La durée minimum d'adhésion d'un ayant droit est d'un an.

Le droit aux prestations est acquis dès le premier jour du mois donnant lieu à perception de la cotisation.

## Article 4 - Conditions d'inscription ou de réinscription des ayants droit

### Inscription d'un conjoint :

- l'inscription d'un conjoint est possible jusqu'à cinq ans après le mariage ou PACS.
- une inscription au delà de 5 ans ou réinscription d'un conjoint est acceptée en cas de radiation de celui-ci par sa complémentaire santé si la radiation date de moins de 3 mois et si la complémentaire santé revêtait un caractère obligatoire.

### Inscription d'un enfant :

- l'inscription d'un enfant est permise à tout moment
- la réinscription d'un enfant radié de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas si celui-ci est âgé de moins de 28 ans est acceptée dans les cas suivants :
  - retour d'étude à l'étranger
  - fin de son contrat en CDD au sein du Groupe
  - radiation de sa complémentaire santé obligatoire datant de moins de 3 mois.

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.

### Inscription d'un ascendant : l'inscription d'un ascendant est possible :

- si l'ascendant est 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.
- s'il est non imposable et réside au domicile de l'adhérent

## Article 5 - Justificatifs requis pour l'inscription d'un ayant droit

L'inscription d'un ayant droit nécessite dans tous les cas :

- le retour du bulletin d'adhésion ainsi que le document «Votre choix de couverture santé» indispensable à la validation de l'adhésion, dûment complétés.

En complément des justificatifs selon les spécificités :

#### Pour l'inscription d'un conjoint :

- la copie du justificatif officiel (mariage, PACS),
- l'attestation sur l'honneur, en cas de concubinage, précisant la date du concubinage, 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,
- le certificat de radiation de sa complémentaire santé obligatoire en cas de radiation de celle-ci.

#### Pour l'inscription d'un enfant :

- copie de l'attestation de l'Assurance Maladie.
- copie du livret de famille ou certificat de naissance
- le certificat de radiation de sa complémentaire santé obligatoire en cas de radiation de celle-ci.

#### Pour l'inscription d'un ascendant :

- déclaration de résidence avec et dans la résidence principale de l'adhérent,
- certificat de non-imposition à l'impôt sur le revenu,
- copie de l'attestation de l'Assurance Maladie.

## Article 6 - Règles de fonctionnement des options

### ADHÉSION

#### 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»;

**Les adhérents en maintien ou nouvellement retraité affiliés à titre individuel, ainsi que leurs ayants droit**, disposent d'un délai de 3 mois pour souscrire à l'option. L'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du bulletin avec possibilité de rétroactivité sur simple demande de l'adhérent entraînant rappel de cotisations.

Les **adhérents à titre individuel 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<sup>er</sup> 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.

### 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

Une période de carence de 3 mois s'applique. Les cotisations sont perçues pendant cette période. Elle ne s'applique pas lors du passage d'actif à retraité.

## Article 7 - Portabilité

Bénéficiaires : Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité prévue à l'article L 911-8 du code de la Sécurité Sociale

### 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.

### Article 8 - Décès de l'adhérent

En cas de décès de l'adhérent, les ayants droit (enfants, veufs ou veuves de l'adhérent(e) non remarié(e)s, non pacsé(e)s ou non concubin(e)s) inscrits sont maintenus

## Chapitre II : Cotisations

### Article 9 - 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.

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).

### Article 10 - Prélèvement des cotisations

Les cotisations sont prélevées chaque mois sur le compte bancaire de l'adhérent.

Tout mois commencé est dû sans proratisation.

Pour les options, les cotisations sont prélevées selon les mêmes modalités que les cotisations de la mutuelle de base.

### Article 11 - Calcul et tarifs des cotisations

## ADHÉRENTS

#### RETRAITÉS : B

≤ 120% du P.M.S.S.	75,00€
> à 120% du P.M.S.S.	90,00€

**Nb** : Pour les départs intervenant depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, le tarif est appliqué conformément au décret du 23 mars 2017 modifiant la loi Evin.

La 1<sup>ère</sup> année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs au moment du départ à la retraite.

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

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

Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (P.M.S.S.) : 3 428€ AU 01/01/2020

## AYANTS DROIT

<b>CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) : C</b>	
< à 40 ans	42,00€
≥ à 40 ans et - de 60 ans	59,00€
≥ à 60 ans	92,00€

<b>CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) (A')</b> d'un adhérent ayant quitté l'entreprise C + 30%
54,60€
76,70€
119,60€

<b>ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT : D</b>	
Ascendant	92,00€

<b>ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT (A')</b> ayant quitté l'entreprise D + 30%
119,60€

<b>ENFANTS : E</b>	
De 0 à - de 28 ans	23,00€
Gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant*	

<b>ENFANT DE L'ADHÉRENT (A')</b> ayant quitté l'entreprise E + 30%
28,60€

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

<b>ENFANT DE L'ADHÉRENT, EN SITUATION DE HANDICAP : F - F'</b>	
<b>F</b> : Sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité >à 80% attribué par la CDAPH*, en cours de validité	Exonération de la cotisation
<b>F'</b> : Sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité de 50% à 79% et/ou l'attribution de l'AAH par la CDAPH*, en cours de validité	28,60€

<b>ENFANT DE L'ADHÉRENT (A')</b> ayant quitté l'entreprise, en situation de handicap F' + 30%
38,87€

AAH : Allocation aux adultes handicapés

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

## LES COTISATIONS DES OPTIONS

<b>RETRAITÉS</b>	<b>Option 1</b>	<b>Option 2</b>
Adulte et enfant de 20 ans à - 28 ans	14,00€	30,00€
Enfant de - 20 ans jusqu'au 2 <sup>e</sup>	5,00€	10,00 €
Gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant *		

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

### Article 12 - Perception des prestations

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



### Article 13 - 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 14 - Adhérents et Ayants droit

Radiation des adhérents et ayants droit

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 radiation 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.

Toute demande de radiation est définitive à l'exception du cas prévu par l'article 4.

### Article 15 - 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 à l'appui de justificatifs réclamera le remboursement auprès de l'adhérent radié. Après remboursement, la Mutuelle délivrera une attestation permettant à l'adhérent d'obtenir une éventuelle prise en charge par sa nouvelle complémentaire santé.

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 16 - 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.

## Chapitre II : Prestations accordées par la Mutuelle

### Article 17 - 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.

Dans le cas où l'adhérent réside à l'étranger, seuls les soins pris en charge par les caisses locales peuvent prétendre à une participation de la Mutuelle sur la base des remboursements pratiqués par l'Assurance Maladie en France et figurant dans le livret des prestations. Les justificatifs nécessaires au règlement seront demandés

### Article 18 - 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 19 - 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 20 - Date d'effet

Le droit aux prestations prend effet :

- pour les **ayants droit**, le premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion.
- pour les **nouveau-nés** dès le jour de la naissance si l'adhésion est enregistrée dans les trois mois suivant l'événement,

## Article 21 - 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 22 - Paiement des prestations

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 23 - 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 de complémentaires santé.

Lors de toute adhésion, sauf refus exprès de l'adhérent, la Mutuelle intervient auprès de la Caisse d'Assurance Maladie pour mettre en place 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 sans que la responsabilité de la Mutuelle puisse être invoquée.

## Article 24 - 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)** en application des règles des contrats responsables définies par la réglementation 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 <sup>1</sup>	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)
<b>SOINS COURANTS</b>					
Honoraires Médecins Généralistes (consultations et visites)	OPTAM <sup>7</sup>	70%	TM*	60% BRSS	60% BRSS
	Non OPTAM <sup>6</sup>		TM	40% BRSS	40% BRSS
Honoraires Médecins Spécialistes (consultations et visites)	OPTAM/OPTAM-Co <sup>7</sup>	60%	TM	110% BRSS	130% BRSS
	Non OPTAM/Non OPTAM-Co <sup>8</sup>		TM	90% BRSS	100% BRSS
Honoraires Kinésithérapeutes			TM + 20% BRSS	0,50€/lettre clé <sup>3</sup>	1€/lettre clé <sup>3</sup>
Séances d'ostéopathie, chiropractie, étioopathie		-	40€/séance maxi 3 par an <sup>12</sup> (les 3 spécialités confondues)	-	-
Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, podologues)		60%	TM	-	-
Consultation podologue (non prise en charge par l'Assurance Maladie)		-	25€/séance maxi 2 par an <sup>12</sup>	-	-
Actes d'imagerie (ADI)	OPTAM <sup>7</sup>	70%	TM + 120% BRSS	-	-
	Non OPTAM <sup>8</sup>		TM + 100% BRSS	-	-
Actes d'échographie (ADE)	OPTAM <sup>7</sup>	70%	TM + 40% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM <sup>8</sup>		TM + 20% BRSS	40% BRSS	80% BRSS
Actes de spécialité (ATM)	OPTAM <sup>7</sup>	70%	TM + 40% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM <sup>8</sup>		TM + 20% BRSS	40% BRSS	80% BRSS
Actes de petite chirurgie (ADC)	OPTAM <sup>7</sup>	70%	TM + 70% BRSS	60% BRSS	100% BRSS
	Non OPTAM <sup>8</sup>		TM + 50% BRSS	40% BRSS	50% BRSS
Analyses et examens de laboratoire		60% - 70%	TM	-	-
Analyses et examens de laboratoire non pris en charge par l'Assurance Maladie (avec facture)		-	Forfait annuel 150€ <sup>12</sup>	-	-
Médicaments		15% - 30% - 65%	TM	-	-
Produits pour diabétiques (pris en charge par l'Assurance Maladie)		100%	60% Frais réels	-	-
Accessoires, Pansements et Appareillages		60%	TM + 90% BRSS	-	-
Semelles orthopédiques prises en charge par l'Assurance Maladie		60%	Forfait 200€ <sup>4</sup> pour les 2 semelles	-	-
Prothèse capillaire prise en charge par l'Assurance Maladie		60% - 100%	Forfait 700€	-	-

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale <sup>1</sup>	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)
<b>HOSPITALISATION</b>		% de la BRSS <sup>2</sup>	% BRSS <sup>2</sup> ou Forfait		
Frais de séjour		80%	TM	-	-
Forfait journalier sans limitation de durée (hors établissement médico-social, maisons d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD)		-	100% <sup>6</sup>	-	-
Participation forfaitaire sur acte supérieur à 120€		-	100%	-	-
Chambre particulière (toutes spécialités confondues)		-	50€/jour max 60 jours/an <sup>6-12</sup>	30€/jour max 60 jours/an <sup>6-12</sup>	30€/jour max 60 jours/an <sup>6-12</sup>
Chambre particulière Maternité		-	80€/jour/an <sup>12</sup> max 8 jours	-	-
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 max 15 jours/an <sup>12</sup>	-	-
Honoraires de praticiens	OPTAM/OPTAM-CO <sup>7</sup>	80% - 100%	TM + 300% BRSS	-	-
	Non OPTAM/Non OPTAM-CO <sup>8</sup>		TM + 100% BRSS	-	-
Transports		65%	TM	-	-
<b>CURE THERMALE</b>			% BRSS <sup>2</sup> ou Forfait		
Hors hospitalisation	Sans frais d'hébergement	65% - 70%	TM ou Forfait 252€	-	-
	Avec frais d'hébergement			-	Forfait 160€
Sous hospitalisation (Sous déduction du forfait journalier) Aucune prise en charge ne sera établie	Sans chambre particulière	80% - 100%	TM ou Forfait 252€	-	-
	Avec chambre particulière			-	Forfait 160€
<b>SOINS EXTERNES EN CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE EN MILIEU MARIN</b>					
Soins de rééducation fonctionnelle en externe		80%	TM	-	-
Si frais d'hébergement (21 jours maximum)		-	1/21 <sup>ème</sup> de 252€ prorata temporis du nombre de séances	-	-

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale <sup>1</sup>	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)
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires					
Scan dentaire non pris en charge par l'Assurance Maladie		70%	TM + 25% BRSS	-	-
Orthodontie		70% - 100%	120€ <sup>4</sup>	-	-
Orthodontie non prise en charge par l'Assurance Maladie (Forfait limité à un seul traitement durant la vie du contrat à la Mutuelle)		-	TM + 365% BRSS Forfait 700€ pour l'ensemble du traitement	Forfait 150€ pour l'ensemble du traitement	Forfait 300€ pour l'ensemble du traitement
<b>Soins et Prothèses 100% SANTÉ</b> (tels que définis réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente fixés par la réglementation ou aux articles L.165-1, L.165-3, L.165-9, L.162-14-2, L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)					
<b>Soins et prothèses à TARIFS MAÎTRISÉS</b>					
Inlay - Onlay					
Prothèses fixes ou mobiles, Inlay-Core					
Prothèses provisoires					
<b>Soins et prothèses à TARIFS LIBRES</b>					
Inlay - Onlay					
Prothèses fixes ou mobiles, Inlay-Core					
Prothèses provisoires					
Prothèses et prothèses provisoire non prises en charge par l'Assurance Maladie mais figurant à la CCAM* (sur présentation de la facture acquittée)					
Soins de parodontologie non pris en charge par l'Assurance Maladie					
<b>Implantologie</b>					
Implants (limités à 4 implants par an et par bénéficiaire sur présentation de la facture acquittée)					
Pilier (sur présentation de la facture acquittée)					
		70%	PRISE EN CHARGE INTEGRALE = ZERO reste à charge		
		70%	TM + 170% BRSS	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 1200€	
		70%	TM + 220% BRSS	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 600€	
		70%	TM + 500% BRSS	Pour l'ensemble des prothèses dentaires réalisées dans l'année civile : forfait annuel 1200€	
		-	TM + 170% BRSS		
		-	TM + 220% BRSS		
		-	TM + 500% BRSS		
		-	250% BRSS		
		-	Forfait 300€/an <sup>12</sup>	Forfait 315€/an <sup>12</sup>	Forfait 630€/an <sup>12</sup>
		-	220€/implant <sup>5</sup>	250€/implant <sup>5</sup>	520€/implant <sup>5</sup>
		-	80€/pilier	50€/pilier	80€/pilier

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale <sup>1</sup>	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)
<b>AUTRES ACTES</b>		% de la BRSS <sup>2</sup>	% BRSS <sup>2</sup> ou Forfait		
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie		-	Forfait de 60€ <sup>4</sup>	-	-
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 <sup>12</sup>	20€	40€
Contraception féminine non prise en charge par l'Assurance Maladie (avec prescription médicale)		-	Forfait de 80€/an <sup>12</sup>	-	-
Sevrage tabagique <sup>13</sup> (après remboursement du forfait de l'Assurance Maladie)		150€/an	Forfait de 100€/an <sup>12</sup>	-	-
Consultation diététicien		-	30€/séance max 2/an <sup>12</sup>	-	-
<b>DIVERS</b>					
Allocation naissance (sous forme de C-KDO dématérialisé)		-	5% du PMSS*	-	-
Psychologue clinicien / Psychothérapeute clinicien / Psychomotricien / Ergothérapeute		-	Sur dossier (A)	-	-
<b>FONDS D'ACTION SOCIALE</b>					
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 - CKA01A1 / 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 détails concernant le Fonds d'Action Sociale sur notre site : [www.mutuelle.bnpparibas.fr](http://www.mutuelle.bnpparibas.fr) → **espace adhérent** → **espace adhérent** → **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.**

\* Valeur au 01/01/2020 du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) : 3428€

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de Remboursement Sécurité Sociale <sup>1</sup>	Remboursement de la Mutuelle
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>Equipe ment 100% SANTÉ - (Classe I)</b> (tels que définis réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente fixés par la réglementation ou aux articles L.165-1, L.165-3, L.165-9, L.162-14-2, L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)		
Prothèse auditive adulte > 20 ans*	60%	PRISE EN CHARGE INTEGRALE ZERO reste à charge
Prothèse auditive enfant et adulte <= 20 ans*	1100€ 1400€	
Equipe ment à TARIFS LIBRES - (Classe II)		% BRSS <sup>2</sup> ou Forfait
Prothèse auditive adulte > 20 ans*		<b>Mutuelle de base</b> (en complément du remboursement Sécurité Sociale) Forfait 600€/appareil
Prothèse auditive enfant et adulte <= 20 ans*	60%	<b>Option 1</b> (en complément de la mutuelle de base) Forfait 300€/appareil
Consommables, piles et accessoires		Forfait 150€/appareil
		Forfait 600€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 75€/appareil
		Forfait 600€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil
		Forfait 300€/appareil

\*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.



NATURE DES PRESTATIONS		Taux de Remboursement Sécurité Sociale <sup>1</sup>	PLV (Prix Limite de Vente)	Remboursement de la Mutuelle
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Equipement 100% SANTÉ (Classe A)</b> (tels que définis réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente fixés par la réglementation ou aux articles L.165-1, L.165-3, L.162-14-2, L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)				
Monture		60%	30€	PRISE EN CHARGE INTEGRALE = ZERO reste à charge
Supplément monture de lunettes à coques enfant de moins de 6 ans			20€	
Verre			de 32,50€ à 170€	
Suppléments et prestations optiques (prestation d'appairage, d'adaptation, filtres)			5€ à 10€	
<b>Equipement à TARIFS LIBRES (Classe B)</b>				
Monture		60%		% BRSS <sup>2</sup> ou Forfait
Verre simple				
Verre complexe				
Verre très complexe				
Suppléments et prestations optiques (prestation d'appairage, d'adaptation, filtres, prisme, verres iséconiques, système antiptosis)				
<b>Autres</b>				
Lentilles de contact correctives (paires)	Prises en charge par l'Assurance Maladie	60%		Option 1 (en complément de la mutuelle de base)
	Non prises en charge par l'Assurance Maladie (ordonnance de moins de 3 ans)	-		Option 2 (en complément de la mutuelle de base)
Opération laser de l'oeil (myopie, presbytie...)		-		
				% BRSS <sup>2</sup> ou Forfait
	Forfait unique annuel <sup>12</sup> 400€			Mutuelle de base (en complément du remboursement Sécurité Sociale)
	500€/oeil			50€
				55€/verre
				155€/verre
				235€/verre
				TM
				25€
				40€/verre
				65€/verre
				-
				-
				100€/oeil
				200€/oeil

## OPTIQUE : Conditions de renouvellement

ADULTES et ENFANTS >= 16 ans		
CAS	DÉLAIS	MOTIFS
Standards	Tous les 2 ans à compter de la date de facturation	Néant
	<b>1 an minimum</b> (à compter de la date de facturation du 1 <sup>er</sup> équipement)	<p>La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessous) doit être effectuée <b>soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale</b> lors d'un renouvellement de délivrance.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 de dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 de dioptrie pour chacun des deux verres ;</li> <li>- variation d'au moins 0,5 de dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 de dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 de dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 de dioptrie ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 de dioptries ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 de dioptries.</li> </ul>
Dérogatoires	Sans délai	<p>Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et <b>sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</b> : glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératopathies évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive.</li> <li>- <b>Les troubles de réfraction associés à une pathologie générale</b> : diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique.</li> <li>- <b>Les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</b> : corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.</li> </ul> <p><b>La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.</b></p>

## OPTIQUE : Conditions de renouvellement

ENFANTS de 0 à < 16 ans		
CAS	DÉLAIS	MOTIFS
Standards	1 an à compter de la date de facturation	Néant
Dérogatoires	Minimum 6 mois à compter de la date de facturation <b>pour les enfants jusqu'à 6 ans</b>	Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
	Sans délai minimum <b>pour les enfants de 0 à &lt; 16 ans</b>	Par dérogation, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par <b>un ophtalmologiste sur une prescription médicale.</b>

JUSTIFICATIFS À FOURNIR	Dossiers remboursés par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire)	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)	
Soins médicaux et paramédicaux, Consultations, examens radiologiques, Actes de spécialités (ATM), échographie, pharmacie, auxiliaires médicaux, transport médical, appareillage, soins dentaires)	OUI	Néant(*)	Facture acquittée	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
Hospitalisation (forfait journalier, notes d'honoraires, chambre particulière, frais accompagnant, etc.)	OUI	Hospitalisation en clinique : bordereau de facturation (T2A) acquitté et notes d'honoraires Hospitalisation à l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation paiement		
Dentaire	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
Optique - Aides auditives	NON	Facture détaillée et acquittée		
Lentilles et Opérations Laser	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	
Vaccination / Contraception	NON	Facture détaillée et acquittée		
	OUI	Néant(*)	Facture détaillée et acquittée	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
Cures Thermales	NON	Facture détaillée et acquittée		
Ostéopathie / Chiropractie / Etiopathie Podologie	OUI	Néant(*)	Facture hébergement et établissement thermal	Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance maladie	NON	Facture détaillée avec numéro ADELI ou RPPS ou FINESS 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 s'applique au 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 (ALD).
- 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 :** **10 séances codifiées AMK9 = 10 AMK9 :**

**Option 1 :** 0,50€ x la lettre-clé soit 0,50€ x 9 x 1 = 4,5€ **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 1 = 9€ **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'OPTAM (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 (voir pages 13 et 14).
- 11 - Par dérogation, enfant mineur et évolution de la vue (voir pages 13 et 14).
- 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

Il représente la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie dans la limite de la BRSS. 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 (consultable sur [ameli.fr](http://ameli.fr))

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 15 à 100%.

**PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

Il 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

**PLV :** Prix limite de vente

**NOÉMIE :** Norme Ouverte d'Echanges Maladie avec les Intervenant Extérieurs

## Chapitre IV : Réclamation, Médiation, Protection des données personnelles, Autorité de contrôle

### Article 25.1 - Réclamation - Médiation

**En cas de réclamation**, l'adhérent peut contacter la Mutuelle :

- Via le site Internet ([www.mutuellebnpparibas.fr](http://www.mutuellebnpparibas.fr)) au travers du formulaire « Faire une réclamation », onglet Contacter Votre Mutuelle,
- Par courrier : Mutuelle du groupe BNP Paribas – Secrétariat général – CKA01A1 – 3-5-7 rue du Général Compans – 93500 Pantin

#### Le réclamant

- Reçoit un accusé de réception automatique, l'informant de la prise en compte de sa réclamation,
- Joint les justificatifs qui permettront d'analyser sa réclamation et de lui apporter une réponse.

La Mutuelle s'engage à répondre sous 10 jours avec un délai maximum de 30 jours suivant la date de réception de la réclamation, sous réserve de la récupération de tous les éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

En cas de dépassement des délais, la Mutuelle tient informé l'adhérent de l'évolution de sa réclamation.

En cas de désaccord sur la réponse apportée et si toutefois toutes les voies de recours interne ont été épuisées, l'adhérent peut solliciter l'avis du médiateur de la Mutuelle par courrier :

Médiateur de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas  
CKA01A1  
3-5-7 rue du Général Compans  
93500 Pantin

### Article 25.2 - Protection des données personnelles

La Mutuelle en tant que responsable de traitement est amené à recueillir des données auprès de l'adhérent.

Les données sont utilisées aux seules fins de permettre le prélèvement des cotisations, le remboursement des prestations dues aux adhérents et d'assurer les services offerts par la Mutuelle, en vue de satisfaire aux obligations légales.

Elles sont conservées pendant la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des informations qui le concerne, d'un droit de limitation au traitement, ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès. L'adhérent peut exercer ces droits en s'adressant au Secrétariat Général de la Mutuelle : [paris\\_mutuelle\\_secretariat\\_general@bnpparibas.com](mailto:paris_mutuelle_secretariat_general@bnpparibas.com)

Par courrier à l'adresse suivante :

Mutuelle du Groupe BNP Paribas  
Secrétariat Général : Data Protection Officer  
ACI CKA01A1  
3-5-7 rue du Général Compans  
93500 PANTIN

L'adhérent peut également pour des motifs tenant à une situation particulière, s'opposer au traitement des données le concernant.

### Article 25.3 - Autorité de contrôles

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – Paris 9ème.

