



NOTICE

Adhésion collective -
Applicable à compter du 1^{er} 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 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

LA NOTICE

TITRE I : Catégories de bénéficiaires

Article 1 - Bénéficiaires

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 morales ayant signé une convention avec la Mutuelle au titre d'une opération collective visée aux articles L 114-1 et L 221-2 du Code de la mutualité

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 le CSEE (Comité Social et Économique d'Établissement) et le CSEC (Comité Social et Économique Central)

ADHÉRENT

SALARIÉ A

Salarié (CDI, CDD).

Mandataire social assimilé salarié au sens de la Sécurité Sociale.

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), 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.

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

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 possible 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 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 et signés.

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 de base et/ou pour 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».

Le **nouvel embauché ainsi que le collaborateur muté au sein du Groupe BNP Paribas adhérent à la Mutuelle à l'occasion de sa mutation et leurs ayants droit** disposent d'un délai de 3 mois pour souscrire à l'option. Celle-ci 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 salariés et leurs ayants droit déjà inscrits peuvent souscrire à tout moment une option. 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 sans application du délai de carence 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 reconduit jusqu'à dénonciation par l'adhérent.

Le passage d'une option à une autre ne peut se faire qu'à l'échéance de la deuxième année. Cette possibilité ne pourra être exercée qu'une seule fois durant toute la durée d'adhésion à la Mutuelle dans le cadre du contrat collectif.

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 qu'à 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

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 selon les dispositions du règlement mutualiste - adhésion individuelle (Article 7).

RETRAITÉS

L'adhérent cessant son activité au titre des dispositions applicables en matière de retraite peut être maintenu selon les dispositions du règlement mutualiste - adhésion individuelle (article 7).

PORTABILITÉ (Accord National Interprofessionnel de 2013)

L'adhérent bénéficiant du mécanisme dit de portabilité (Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013) peut être maintenu en tant qu'adhérent selon les dispositions du règlement mutualiste - adhésion individuelle (Article 7).

EXPATRIATION - MOBILITÉ - DÉMISSION

L'adhérent et ses éventuels ayants droit rattachés sont radiés à la fin du mois suivant le départ du salarié 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 en cas d'expatriation.

DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Les ayants droit (les adhérents, veufs ou veuves de l'adhérent(e) non remarié(e)s, non pacsé(e)s ou non concubin(e)s) inscrits sont maintenus en tant qu'adhérents dans la catégorie des adhésions individuelles 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.

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 9 - Prélèvement des cotisations

Les cotisations sont prélevées chaque fin de mois sur les salaires.

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 10 - Calcul et tarifs 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 44,71€)*

Salaire mensuel = salaire conventionnel annuel brut de base à temps plein
Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (P.M.S.S.) : 3428€ au 01/01/2020

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)*

AYANTS DROIT

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

| ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT : D | |
|---|--------|
| Ascendant | 92,00€ |

| ENFANTS : E | |
|---|--------|
| De 0 à - de 28 ans | 23,00€ |
| 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' | |
|--|------------------------------|
| F : 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 |
| F' : 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€ |

AAH : Allocation aux adultes handicapés

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

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 | 5,00€ | 10,00€ |
| 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 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

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.

En cas de demande de radiation d'un ayant droit, ce dernier ne pourra plus bénéficier à nouveau d'une adhésion à la mutuelle à l'exception du cas prévu par l'article 4.

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 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 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.

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. Celles-ci 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 ou 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 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 **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 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 - 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 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 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 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)** 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 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 COURANTS | | | | | |
| Honoraires Médecins Généralistes (consultations et visites) | OPTAM ⁷ | 70% | TM* | 60% BRSS | 60% BRSS |
| | Non OPTAM ⁶ | | TM | 40% BRSS | 40% BRSS |
| Honoraires Médecins Spécialistes (consultations et visites) | OPTAM/OPTAM-Co ⁷ | 60% | TM | 110% BRSS | 130% BRSS |
| | Non OPTAM/Non OPTAM-Co ⁸ | | TM | 90% BRSS | 100% BRSS |
| Honoraires Kinésithérapeutes | | | TM + 20% BRSS | 0,50€/lettre clé ³ | 1€/lettre clé ³ |
| Séances d'ostéopathie, chiropractie, étio-pathie | | - | 40€/séance maxi 3 par an ¹² <i>(les 3 spécialités confondues)</i> | - | - |
| Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, podologues) | | 60% | TM | - | - |
| Consultation podologue (non prise en charge par l'Assurance Maladie) | | - | 25€/séance maxi 2 par an ¹² | - | - |
| Actes d'imagerie (ADI) | OPTAM ⁷ | 70% | TM + 120% BRSS | - | - |
| | Non OPTAM ⁸ | | TM + 100% BRSS | - | - |
| Actes d'échographie (ADE) | OPTAM ⁷ | 70% | TM + 40% BRSS | 60% BRSS | 100% BRSS |
| | Non OPTAM ⁸ | | TM + 20% BRSS | 40% BRSS | 80% BRSS |
| Actes de spécialité (ATM) | OPTAM ⁷ | 70% | TM + 40% BRSS | 60% BRSS | 100% BRSS |
| | Non OPTAM ⁸ | | TM + 20% BRSS | 40% BRSS | 80% BRSS |
| Actes de petite chirurgie (ADC) | OPTAM ⁷ | 70% | TM + 70% BRSS | 60% BRSS | 100% BRSS |
| | Non OPTAM ⁸ | | 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€ ¹² | - | - |
| 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€ ⁴ 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 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) |
|---|--|---|--|---|---|
| HOSPITALISATION | | | | | |
| Frais de séjour | | | | | |
| Forfait journalier sans limitation de durée (hors établissement médico-sociaux, maisons d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD) | | 80% | TM | - | - |
| Participation forfaitaire sur acte supérieur à 120€ | | - | 100% ⁶ | - | - |
| Chambre particulière (toutes spécialités confondues) | | - | 100% | - | - |
| Chambre particulière Maternité | | - | 50€/jour max 60 jours/an ⁶⁻¹² | 30€/jour max 60 jours/an ⁶⁻¹² | 30€/jour max 60 jours/an ⁶⁻¹² |
| Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans (sur présentation d'une facture acquittée et du bulletin de situation de l'enfant hospitalisé) | | - | 80€/jour/an ¹² max 8 jours | - | - |
| Honoraires de praticiens | | 80% - 100% | 35€/jour max 15 jours/an ¹² | - | - |
| Transports | | 65% | TM + 300% BRSS TM + 100% BRSS | - | - |
| CURE THERMALE | | | | | |
| Hors hospitalisation | | 65% - 70% | TM ou Forfait 252€ | - | - |
| Sous hospitalisation (Sous déduction du forfait journalier) Aucune prise en charge ne sera établie | | 80% - 100% | TM ou Forfait 252€ | - | Forfait 160€ |
| 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 | - | - |

| 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) |
|--|--|---|--|---|---|
| DENTAIRE | | | | | |
| Soins dentaires | | | | | |
| Scan dentaire non pris en charge par l'Assurance Maladie | | 70% | TM + 25% BRSS | - | - |
| Orthodontie | | 70% - 100% | TM + 365% BRSS | - | - |
| Orthodontie non prise en charge par l'Assurance Maladie (Forfait limité à un seul traitement durant la vie du contrat à la Mutuelle) | | - | Forfait 700€ pour l'ensemble du traitement | Forfait 150€ pour l'ensemble du traitement | Forfait 300€ pour l'ensemble du traitement |
| Soins et Prothèses 100% SANTÉ (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) | | | | | |
| Soins et prothèses à TARIFS MAÎTRISÉS | | | | | |
| Inlay - Onlay | | | | | |
| Prothèses fixes ou mobiles, Inlay-Core | | | | | |
| Prothèses provisoires | | | | | |
| Soins et prothèses à TARIFS LIBRES | | | | | |
| 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 | | | | | |
| Implantologie | | | | | |
| Implants (limités à 4 implants par an et par bénéficiaire sur présentation de la facture acquittée) | | | | | |
| Pilier (sur présentation de la facture acquittée) | | - | 80€/pilier | 50€/pilier | 80€/pilier |
| | | - | 220€/implant ⁵ | 250€/implant ⁵ | 520€/implant ⁵ |
| PRISE EN CHARGE INTEGRALE = ZERO reste à charge | | | | | |
| | | 70% | TM + 170% BRSS | TM + 170% BRSS | TM + 170% BRSS |
| | | 70% | TM + 220% BRSS | TM + 220% BRSS | TM + 220% BRSS |
| | | 70% | TM + 500% BRSS | TM + 500% BRSS | TM + 500% BRSS |
| | | 70% | TM + 170% BRSS | TM + 170% BRSS | TM + 170% BRSS |
| | | 70% | TM + 220% BRSS | TM + 220% BRSS | TM + 220% BRSS |
| | | - | 250% BRSS | 250% BRSS | 250% BRSS |
| | | - | Forfait 300€/an ¹² | Forfait 315€/an ¹² | Forfait 630€/an ¹² |
| | | - | 80€/pilier | 50€/pilier | 80€/pilier |
| | | - | 220€/implant ⁵ | 250€/implant ⁵ | 520€/implant ⁵ |

| 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) |
|---|--|---|--|---|---|
| AUTRES ACTES | | % de la BRSS ² | % BRSS² ou Forfait | | |
| Ostéodensitométrie non prise en charge par 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 | | | | | |
| Allocation naissance (sous forme de C-KDO dématérialisé) | | - | 5% du PMSS* | - | - |
| 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 - 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 → **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) : 3424€

| NATURE DES PRESTATIONS | Taux de Remboursement Sécurité Sociale ¹ | PLV (Prix Limite de Vente) | Remboursement de la Mutuelle |
|---|---|-------------------------------|--|
| AIDES AUDITIVES | | | |
| Equipement 100% SANTÉ - (Classe I) (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) | 60% | 1100€ 1400€ | PRISE EN CHARGE INTEGRALE ZERO reste à charge |
| Prothèse auditive adulte > 20 ans* Prothèse auditive enfant et adulte <= 20 ans* | 60% | 1100€ 1400€ | PRISE EN CHARGE INTEGRALE ZERO reste à charge |
| % BRSS² ou Forfait | | | |
| Equipement à TARIFS LIBRES - (Classe II) | | | 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) |
| Prothèse auditive adulte > 20 ans* | 60% | | Forfait 300€/appareil |
| Prothèse auditive enfant et adulte <= 20 ans* | 60% | | Forfait 150€/appareil |
| Consommables, piles et accessoires | | | Forfait 75€/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 ¹ | PLV (Prix Limite de Vente) | Remboursement de la Mutuelle | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|-----------|
| OPTIQUE | | | | | | | |
| Equipement 100% SANTÉ (Classe A) (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) | | | | | | | |
| Monture | | 60% | 30€ 20€ de 32,50€ à 170€ 5€ à 10€ | PRISE EN CHARGE INTEGRALE = ZERO reste à charge | | | |
| Supplément monture de lunettes à coques enfant de moins de 6 ans | | | | | | | |
| Verre | | | | | | | |
| Suppléments et prestations optiques (prestation d'appairage, d'adaptation, filtres) | | | | Prise en charge dans la limite du PLV ou du TM | | | |
| Equipement à TARIFS LIBRES (Classe B) | | | | | | | |
| Monture | | 60% | | % BRSS ² ou Forfait | | | |
| Verre simple | | | | | Option 1 (en complément de la mutuelle de base) | Option 2 (en complément de la mutuelle de base) | |
| Verre complexe | | | | | 50€ | 25€ | 45€ |
| Verre très complexe | | | | | 55€/verre 155€/verre 235€/verre | 40€/verre | 65€/verre |
| Suppléments et prestations optiques (prestation d'appairage, d'adaptation, filtres, prisme, verres iséconiques, système antiptosis) | | | | TM | - | | |
| Autres | | | | % BRSS ² ou Forfait | | | |
| Lentilles de contact correctives (paires) | Prises en charge par l'Assurance Maladie | 60% | | Forfait unique annuel ¹² 400€ | - | | |
| | Non prises en charge par l'Assurance Maladie (ordonnance de moins de 3 ans) | - | | | - | | |
| Opération laser de l'oeil (myopie, presbytie...) | | - | | 500€/oeil | 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 |
| Dérogatoires | <p>1 an minimum (à compter de la date de facturation du 1^{er} équipement)</p> <p>Sans délai</p> | <p>La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessous) doit être effectuée 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 lors d'un renouvellement de délivrance.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ; - 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 ; - 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 ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 de dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 de dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 de dioptries. <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 sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : 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. - Les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : 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. - Les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. <p>La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.</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 pour les enfants jusqu'à 6 ans | 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 pour les enfants de 0 à < 16 ans | 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 un ophtalmologiste sur une prescription médicale. |

| 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 |
| | NON | Facture détaillée et acquittée | | |
| Optique - Aides auditives | OUI | Néant(*) | Facture détaillée et acquittée | Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel |
| Lentilles et Opérations Laser | OUI | Néant(*) | Facture détaillée et acquittée | |
| | NON | Facture détaillée et acquittée | | |
| Vaccination / Contraception | OUI | Néant(*) | Facture détaillée et acquittée | Décompte AMO + facture détaillée et acquittée si TP partiel |
| | NON | Facture détaillée et acquittée | | |
| Cures Thermales | OUI | Néant(*) | Facture hébergement et établissement thermal | 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 | | |
| Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance maladie | 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 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)

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, Autortite de contrôle

Article 24.1 - Réclamation - Médiation

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

- Via le site Internet (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 24.2 - 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

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 24.3 - 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.

