

Systeme médical et social : contributions et prestations

1. Participation au paiement des primes d'assurance collective

a. Taux de contributions de l'assurance médicale et sociale

Agent-e-s en service – 1^{er} euro			
Couverture	Cotisations mensuelles (tous frais inclus)	Contributions du-de la bénéficiaire	Contributions de la CEB
Frais médicaux	4,915%		
Décès et invalidité permanente et totale	0,315%		
Invalidité permanente partielle	0,168%		
Incapacité temporaire	0,477%		
Total	5,875%		
Agent-e-s en service – Couverture complémentaire			
Couverture	Cotisations mensuelles (tous frais inclus)	Contributions du-de la bénéficiaire	Contributions de la CEB
Frais médicaux	3,195%		
Décès et invalidité permanente et totale	0,315%		
Invalidité permanente partielle	0,168%		
Incapacité temporaire	0,477%		
Total	4,155%		
Pensionné-e-s – 1^{er} euro			
Couverture	Cotisations mensuelles (tous frais inclus)	Contributions du-de la bénéficiaire	Contributions de la CEB
Frais médicaux	4,929%		
Dépendance	1,760%		
Total	6,689%		
Pensionné-e-s – Couverture complémentaire			
Couverture	Cotisations mensuelles (tous frais inclus)	Contributions du-de la bénéficiaire	Contributions de la CEB
Frais médicaux	3,204%		
Dépendance	1,760%		
Total	4,964%		
Extensions aux membres de la famille			
Couverture	Cotisations mensuelles (tous frais inclus)	Contributions du-de la bénéficiaire	Contributions de la CEB

Conjoint-e – 1 ^{er} Euro	138,94 €	90,31 €	48,63 €
Conjoint-e – Couverture complémentaire	90,31 €	90,31 €	0
Enfant > 18 – 1 ^{er} Euro	51,02 €	51,02 €	0
Enfant > 18 – Couverture complémentaire	33,16 €	33,16 €	0
Personnes résidant en Amérique du Nord¹ ou en Asie²			
Couverture	Cotisations mensuelles (tous frais inclus)	Contributions du-de la bénéficiaire	Contributions de la CEB
Pensionné-e-s en Amérique du Nord ou Asie	8,167% (6,407% pour frais médicaux and 1,76% for dépendance)	2,722%	5,445%
Conjoint-e en Amérique du Nord ou Asie	180,63 €	180,63 €	0
Enfant > 18 en Amérique du Nord ou Asie	66,32 €	66,32 €	0
Continuation facultative après la fin de l'engagement			
Couverture	Cotisations mensuelles (tous frais inclus)	Contributions du-de la bénéficiaire	Contributions de la CEB
Maintien couverture primaire	128,40 €	0	128,40 €
Maintien 1er euro	203,35 €	74,95 €	128,40 €
Maintien en Amérique du Nord ou Asie – 1 ^{er} euro	264,36 €	135,96 €	128,40 €
Maintien décès et invalidité permanente et totale ³	0,315% ⁴	0,315%	0
Continuation facultative pendant un congé sans traitement ou un congé parental			
Maintien 1 ^{er} euro et décès et invalidité permanente et totale pendant un congé sans traitement	2,589% (2,274% pour frais médicaux et 0,315% pour décès et invalidité permanente et totale)	2,589%	0
Maintien 1er euro et décès et invalidité permanente et totale pendant un congé parental	2,589% (2,274% pour frais médicaux et 0,315% pour décès et invalidité permanente et totale)	0,863%	1,726%
Maintien facultative pour les conjoint-e-s et enfants			
Maintien par enfant – 1 ^{er} euro	119,23 €	119,23 €	0
Maintien par enfant en Amérique du Nord et Asie – 1 ^{er} euro	155,00 €	155,00 €	0

¹ Etats-Unis et Canada.

² Emirats arabes unis, Chine, Hong Kong, Japon, Singapour et Corée du Sud.

³ Jusqu'à 65 ans et uniquement pour les bénéficiaires d'une pension au titre des régimes de pension de la Banque ou pour les anciens membres du personnel dont le contrat a été résilié en vertu de la Résolution 92(28).

⁴ Sur la base du dernier traitement total.

Maintien par enfant – couverture complémentaire	33,56 €	33,56 €	0
Maintien par enfant en Amérique du Nord et Asie – couverture complémentaire	43,63 €	43,63 €	0
Maintien pour conjoint-e – 1 ^{er} euro	298,00 €	298,00 €	0
Maintien pour conjoint-e – couverture complémentaire	83,49 €	83,49 €	0
Maintien pour conjoint-e en Amérique du Nord ou Asie – 1 ^{er} euro	387,40 €	387,40 €	0
Maintien pour conjoint en Amérique du Nord ou Asie – couverture complémentaire	108,54 €	108,54 €	0

b. Assiette des contributions

Les taux de contribution sont calculés sur le traitement total, à savoir le traitement de base auquel s'ajoutent, le cas échéant, l'allocation de foyer, l'allocation familiale de base, l'indemnité d'expatriation, l'indemnité de coût et conditions de vie, l'indemnité compensatrice d'activité, les heures supplémentaires et les ajustements rétroactifs.

- i. Ancien-ne-s agent-e-s bénéficiaires d'une pension d'ancienneté, d'une pension d'ancienneté anticipée, d'une pension d'invalidité versée par les Régimes de pensions de la Banque ou bénéficiaires de la Résolution (92)28*

Les taux de contribution sont calculés sur le montant de la pension. L'assiette prise en compte ne peut être inférieure à 50% du dernier traitement de base à temps plein comme actif pour les pensionné-e-s relevant du Régime de pension Coordonné ou du Règlement de Pensions de la Banque, et 43.75% du dernier traitement de base à temps plein pour les pensionné-e-s relevant du Second Régime de Pensions de la Banque. L'allocation de foyer ou l'allocation familiale de base s'ajoute à l'assiette de cotisation, soit, selon le cas, à la pension ou au plancher minimal de 50% ou 43,75% du dernier traitement de base.

- ii. Bénéficiaires d'une pension secondaire versée par les régimes de pension de la Banque (pension de survie, de réversion ou d'orphelin)*

Les taux de contribution sont calculés sur le montant de la pension.

Dans le cas d'une pension de survie ou de réversion, l'assiette de cotisation ne peut être inférieure aux minimas de pensions fixés par les régimes de pensions (35% du dernier traitement de base à temps plein pour les pensionné-e-s relevant du régime coordonné ou du Règlement de Pensions de la Banque ; 30% du dernier traitement de base à temps plein pour les pensionné-e-s relevant du Second Régime de Pensions). L'allocation de foyer ou l'allocation familiale de base s'ajoute à l'assiette de cotisation, soit, selon le cas, à la pension ou au plancher minimal de 35% ou 30% du dernier traitement de base.

Les bénéficiaires d'une pension d'orphelin sont exonéré-e-s de cotisations jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, tant qu'ils-elles restent ayants droit du parent survivant ou de la personne ou de l'institution ayant autorité. A partir de leur 18^{ème} anniversaire, les bénéficiaires peuvent décider de s'affilier à la couverture primaire et/ou complémentaire. Une contribution au régime est déduite de la pension d'orphelin au taux correspondant au niveau de couverture.

c. Paiement

Les contributions des agent-e-s en service sont retenues mensuellement sur leur rémunération et les contributions des bénéficiaires d'une pension sont retenues mensuellement sur leur pension.

Les primes versées pour l'extension facultative de la couverture médicale aux membres de la famille, ainsi que les primes dues par les agent-e-s permanent-e-s en congé sans traitement ou congé parental sont versées mensuellement par les agent-e-s et ancien-ne-s agent-e-s à la Banque, à charge pour elle de les rétrocéder à l'assureur.

Dans le cas où un-e agent-e ou pensionné-e perçoit de la part de la Banque ou de ses régimes de pensions à la fois un traitement et une pension secondaire ou une pension principale et une pension secondaire, les cotisations seront prélevées sur les deux revenus. Dans le cas d'un-e assuré-e au premier euro, le revenu le moins important fera l'objet d'une cotisation au régime mixte.

2. Prestations relatives aux frais médicaux

a. Prestations prises en charge

Un tableau répertoriant les prestations prises en charge ainsi que leur niveau de remboursement figurent ci-dessous. Les frais médicaux encourus par le-la bénéficiaire principal-e ou ses ayants droit sont remboursés à titre complémentaire ou dans le cadre du BMSS à titre primaire et complémentaire, aux conditions et dans la limite des plafonds indiqués dans ce tableau. Les remboursements sont en tout état de cause effectués dans la limite des frais engagés.

Les assuré-e-s affilié-e-s à titre complémentaire et leurs ayants droit, ainsi que les membres de la famille affiliés au titre d'une extension complémentaire bénéficient, en cumulant les prestations obtenues auprès de leur régime de sécurité sociale et celles obtenues auprès de la complémentaire, des mêmes remboursements que ceux servis par le BMSS, tant en ce qui concerne le type de soins que les montants pris en charge.

A contrario, les assuré-e-s affilié-e-s au BMSS, bénéficient auprès de ce dernier, des mêmes remboursements que ceux obtenus successivement auprès de leur régime de sécurité sociale et de la complémentaire par les affiliés au régime complémentaire, tant en termes de type de soins que de montants pris en charge.

b. Accord préalable

Le remboursement des actes médicaux faisant l'objet d'un accord préalable est détaillé dans le tableau ci-dessous. Pour un-e bénéficiaire couvert-e à titre complémentaire, l'accord du régime français de Sécurité sociale vaut accord préalable de l'assureur et/ou du gestionnaire.

c. Avances des frais et prescription des créances

Dans le cadre du BMSS, les demandes de remboursement ne sont admises que pour les frais effectivement payés, à l'exception des frais d'hospitalisation, et dans certaines mesures ceux afférant à une affection longue durée, une grossesse, un accident du travail ou une maladie professionnelle qui font l'objet d'une prise en charge directe par les gestionnaires. D'autres dépenses de santé peuvent être prises en charge directement par le gestionnaire, dans la mesure où ce dernier dispose d'un réseau de prestataires avec lesquels il a conclu des accords sur le niveau de service et les tarifs.

Dès lors que leur couverture primaire le permet, les assuré-e-s à titre complémentaire bénéficient de la transmission électronique des données et/ou du tiers payant.

Aucun remboursement ne sera effectué pour les demandes concernant des traitements remontant à plus de deux ans ou encourus hors de la période de couverture.

Ce délai de prescription biennal commence à courir à compter de la date des soins, ou de la date de facturation pour ce qui concerne les médicaments et les équipements optiques. Aussi, la date de paiement des prestations ou la date de réception de la demande de remboursement par l'organisme d'assurance ne peuvent pas être prises en compte pour le calcul et le déclenchement du délai de prescription biennal.

d. Dispositions applicables en cas d'affections longue durée (ALD), de grossesse, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles

Dans le cas d'un-e bénéficiaire souffrant d'une ALD, ou dans le cadre d'une grossesse, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la base utilisée pour le remboursement est la base de remboursement du régime général de Sécurité sociale française.

Tout-e bénéficiaire du BMSS à titre primaire et à titre complémentaire souffrant d'une ALD ou d'une maladie longue et coûteuse peut, sur accord du gestionnaire, bénéficier d'une prise en charge directe de ses frais pharmaceutiques, d'analyses ou d'appareillage.

e. Participation forfaitaire et franchise médicale

Aucun remboursement de la participation forfaitaire et des franchises ne sera effectué au titre de la couverture complémentaire. Les bénéficiaires de la couverture au 1^{er} euro sont exonéré-e-s de la participation forfaitaire et des franchises.⁵

f. Intervention d'une assurance complémentaire personnelle

Tout-e ayant droit couvert-e à titre complémentaire (soit gratuitement, soit de manière payante au titre d'une extension facultative) qui dispose d'une assurance complémentaire personnelle, est couvert-e par la Banque à titre sur-complémentaire.

Pour le calcul des remboursements dus au titre de leur couverture, il n'est pas tenu compte des montants remboursés par leur assurance individuelle. Les remboursements sont néanmoins limités aux frais réellement encourus.

g. Contentieux sur des questions médicales

Tout litige né entre un-e bénéficiaire principal-e et le gestionnaire portant sur des questions médicales, et qui n'a pas été réglé par accord mutuel, sera tranché par un-e médecin-arbitre désigné-e conjointement par un-e médecin choisi-e par le-la bénéficiaire et par un-e médecin choisi-e par la Banque ou la compagnie d'assurance, selon le cas.

A défaut d'accord entre le-la médecin désigné-e par le-la bénéficiaire principal-e et celui-celle désigné-e par la compagnie d'assurance ou la Banque sur la désignation du-de la médecin-arbitre, ce-tte dernier-ère sera désigné-e par le Conseil de l'Ordre des médecins ou toute autre autorité médicale compétente pour la région d'affectation du-de la bénéficiaire en activité ou de résidence de la-du bénéficiaire pensionné-e, le choix de cette autorité médicale revenant à la Banque (par agrément du-de la bénéficiaire).

Les honoraires dus au-à la médecin-arbitre sont réglés par la compagnie d'assurance ou la Banque, selon le cas. Néanmoins, si la demande du-de la bénéficiaire est rejetée entièrement, les honoraires dus au-à la médecin-arbitre sont réglés pour moitié par le-la bénéficiaire et pour moitié par la compagnie d'assurance ou la Banque. Chaque partie supporte les honoraires de son-sa propre médecin-conseil.

La procédure d'arbitrage mentionnée ci-dessus n'affecte pas les droits de recours dont tout-e bénéficiaire principal-e dispose selon le droit national applicable.

⁵Participation forfaitaire : Les bénéficiaires - à l'exception des ayants droit âgés de moins de 18 ans au 1er janvier de l'année en cours ; des femmes enceintes pendant une période débutant au 1er jour du 6ème mois de grossesse et se terminant 12 jours après la date de l'accouchement- doivent acquitter une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation réalisé par un médecin, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, tels que définis par la sécurité sociale française. Cette participation forfaitaire est également due pour tout acte de biologie médicale et pour les examens de radiologie. Le montant annuel maximal de la participation forfaitaire est de 50 € par bénéficiaire. Franchise médicale : une franchise non prise en charge est appliquée sur les actes suivants: les produits pharmaceutiques sur ordonnance médicale ; les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé ; les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, tels que définis par la sécurité sociale française.

h. Tableau des prestations

N.B. Dans le tableau ci-dessous, la mention « par an » ou « par année » signifie par année civile (du 1er janvier jusqu'au 31 décembre). Les plafonds et sommes forfaitaires mentionnés dans le tableau des remboursements sont appliqués par personne.

Pour tous les assurés au 1^{er} euro, la prise en charge des dépenses de santé nécessitées par le traitement des conséquences de l'accident du travail/trajet ou de la maladie professionnelle, d'une Affection de Longue Durée (ALD) et des frais liés à la grossesse ne pourra pas être inférieure à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS). En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est également pris en charge par l'assurance.

Liste des actes médicaux, soins médicaux, produits pharmaceutiques, etc., ouvrant droit à des prestations	Remboursement au 1 ^{er} Euro - Reste à charge max par famille et par an : 3 500€. Au-dessus de ces 3 500€, l'assurance couvre 100%
1. Consultations	90% des frais réels
Visites chez le praticien	
Visites à domicile	
Visites de nuit	
Visites du dimanche	
Frais de déplacement	
Actes de pratique médicale courante	
Actes de petite chirurgie (sans hospitalisation)	
Psychothérapie : Honoraires des psychologues, psychothérapeutes ou psychomotriciens	
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, étiothérapie et diététique	90% des frais réels dans la limite de 250 € remboursés par bénéficiaire et par an.
2. Actes d'électroradiologie	90% des frais réels
Actes d'électrothérapie	
Densitométrie	
3. Soins pratiqués par des auxiliaires médicaux ⁶	90% des frais réels
Sage-femmes	
Infirmiers-infirmières (entente préalable)	
Garde-malades à domicile (entente préalable)	
Masseurs et kinésithérapeutes	
Pédicures	
Déplacements	
Orthophonistes (entente préalable) et orthoptistes	
4. Frais pharmaceutiques sur ordonnance médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100% des frais réels
Médicaments et vaccins prescrits hors de France, par un praticien relevant de l'autorité médicale du pays considéré, et dont la prescription est justifiée par les protocoles ou pratiques médicales usuelle du pays considéré	
Vaccin TICOVAC adultes et enfants, non pris en charge par la Sécurité sociale	
Accompagnement du sevrage tabagique (substituts nicotiniques) (sur prescription médicale) ⁷	

⁶ Suivant les règles appliquées par la Sécurité sociale française.

⁷ Suivant les règles appliquées par la Sécurité sociale française.

Liste des actes médicaux, soins médicaux, produits pharmaceutiques, etc., ouvrant droit à des prestations	Remboursement au 1^{er} Euro - Reste à charge max par famille et par an : 3 500€. Au-dessus de ces 3 500€, l'assurance couvre 100%
Appareillage et équipements médicalisés	100% des frais réels
Prothèses orthopédiques (bandages, corsets, semelles, chaussures, etc.) et réparations (entente préalable selon type)	
Périodicité de renouvellement ⁸	
Accessoires paramédicaux (protège-matelas, bandages, etc.) en cas de maladie chronique	100% des frais réels dans la limite de 1100 € remboursés par bénéficiaire et par an.
Frais pharmaceutiques sur ordonnance médicale non-remboursables par la Sécurité sociale française (prescription médicale nécessaire).	100% des frais réels
5. Analyses et recherches biologiques remboursées par la Sécurité sociale :	90% des frais réels
Analyses	
Honoraires pour prélèvements	
Frais de déplacement	90% des frais réels
Tests prénataux pris en charge par le régime français de Sécurité sociale (amniocentèses, échographies, etc.) y compris lorsque les critères restrictifs liés à l'âge ne sont pas remplis.	
Fécondation In Vitro et Insémination artificielle (Effectuée avant le 43ème anniversaire en cas d'infertilité du couple) Dans la limite de 4 traitements de FIV et de 6 inséminations	
Tests de dépistage précoces codifiés par la nomenclature française des actes médicaux (y compris lorsque les critères restrictifs liés à l'âge ne sont pas remplis)	90% des frais réels
Bilan de santé	90% des frais réels dans la limite de 500 €
6. Traitements dentaires	Pour tous les assurés, un plafond annuel de 6 000 € remboursés par an est appliqué sur la totalité de la rubrique.
	Ce plafond n'est pas applicable pour des traitements rendus nécessaires suite à un accident ou une maladie grave (après accord préalable des assureurs/gestionnaire)
Soins dentaires	90% des frais réels dans la limite de 6 000 €
Traitement orthodontique commencé avant l'âge de 16 ans	
Prothèses dentaires, inlay (entente préalable)	
Traitement de la parodontose	90% des frais réels dans la limite de 6 000 €
Implants dentaires (et frais connexes s'y rapportant, y compris hospitalisation)	
Traitement orthodontique non pris en charge par la sécurité sociale (traitement commencé après l'âge de 16 ans) (entente préalable)	
7. Hospitalisation	
a. Hospitalisation médicale (y compris maternité)	
Frais de séjour	100% des frais réels en établissement conventionné 70% des frais réels en établissement non conventionné
Honoraires	
Chambre particulière (forfait)	125 €/ jour

⁸ Suivant les règles appliquées par la sécurité sociale française.

Liste des actes médicaux, soins médicaux, produits pharmaceutiques, etc., ouvrant droit à des prestations	Remboursement au 1^{er} Euro - Reste à charge max par famille et par an : 3 500€. Au-dessus de ces 3 500€, l'assurance couvre 100%
b. Hospitalisation chirurgicale (y compris traitement des tumeurs par radiothérapie, curiethérapie, isotopes radioactifs, etc. et y compris maternité en cas de délivrance chirurgicale) – Frais et chambre particulière	
Frais de séjour	100% des frais réels en établissement conventionné 70% des frais réels en établissement non conventionné
Honoraires	
Chambre particulière (forfait)	125 €/ jour
c. Etablissements spécialisés (y compris maisons de repos pour adultes, établissements psychiatriques et établissements spéciaux de rééducation (enfants inadaptés, déficients auditifs, aveugles, diminués physiques, handicapés moteurs et mentaux, rééducation professionnelle), etc).	100% des frais réels avec accord préalable assureur et limite sur établissement psychiatrique à 30 jours
Frais d'ambulance et de transport dans un établissement spécialisé (sur entente préalable)	100% des frais réels
d. Personne accompagnant un enfant de moins de 16 ans	125 €/ jour
8. Frais d'optique	
<p>Sous réserve que les verres blancs ou teintés aient fait l'objet d'une prescription médicale et qu'il y ait une nécessité de correction de la vue (sont exclus les verres blancs ou teintés destinés à une pratique sportive)</p> <p>Prescription médicale ou ordonnance d'un opticien requise. Ces plafonds incluent les remboursements éventuellement obtenus auprès de l'organisme de Sécurité sociale pour les agents assurés à titre complémentaire.</p> <p>Agents temporaires assurés à titre complémentaire : un plafond total de 600 €/an est appliqué sur toute la rubrique.</p>	
Enfants jusqu'à 15 ans	
Monture (1 fois par an, sauf en cas de bris. En cas de bris, le poste monture est limité à 180 € par an)	
Verre simple ⁹	
Verre complexe ¹⁰	(Cadre - 1 fois tous les 2 ans, sauf en cas de casse. En cas de casse, 1 paire par an 90% des frais réels dans la limite de 600 € à l'exclusion du test de la vue (test de la vue 100%)
Enfants à partir de 15 ans et adultes	
Monture (1 fois tous les 2 ans, sauf en cas de bris En cas de bris, 1 paire par an)	
Verre simple ¹¹	
Verre complexe ¹²	
Verres et lentilles de contact	90% des frais réels dans la limite de 600 € à l'exclusion du test de la vue (test de la vue 100%)
Intervention chirurgicale de correction de la vue ¹³	90% des frais réels dans la limite de 2 000 €
9. Prothèses (sur entente préalable)	
Périodicité et nomenclature ¹⁴	
Prothèses auditives	
Prothèses capillaires (à condition que la chute des cheveux soit causée par une maladie ou son traitement)	90% des frais réels dans la limite de 2 500 € par prothèse

⁹ 2 verres par an, sauf en cas de bris. En cas de bris, le poste verre est limité à 260 € par an

¹⁰ 2 verres par an, sauf en cas de bris. En cas de bris, le poste verre est limité à 260 € par an

¹¹ 2 verres par an

¹² 2 verres par an

¹³ Il s'agit par exemple des techniques de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme par le laser. L'opération de la cataracte est prise en charge dans le cadre de l'hospitalisation chirurgicale.

¹⁴ Suivant les règles appliquées par la sécurité sociale française

Liste des actes médicaux, soins médicaux, produits pharmaceutiques, etc., ouvrant droit à des prestations	Remboursement au 1 ^{er} Euro - Reste à charge max par famille et par an :3 500€. Au-dessus de ces 3 500€, l'assurance couvre 100%
Prothèses oculaires	90% des frais réels
autres prothèses, dont implants cochléaires	
10. Fauteuils roulants et réparation (entente préalable)	90% des frais réels dans la limite de 2 000 € par fauteuil roulant
11. Cures thermales¹⁵ (entente préalable)	90% des frais réels
Honoraires médicaux	
Frais de traitement d'après l'ordonnance médicale	
Frais de séjour	
12. Services Téladoc	Oui

¹⁵ Suivant les règles appliquées par la Sécurité sociale française