

**AVENANT N°1 A L'ACCORD COLLECTIF DU 12 JUILLET 2006  
INSTAURANT UN REGIME OBLIGATOIRE DE FRAIS MEDICAUX POUR  
LE PERSONNEL DE LA SOCIETE GENERALE**


Entre, d'une part,

La SOCIETE GENERALE représentée par Madame Annie MARION-BOUCHACOURT, Directrice des Ressources et Relations Humaines,




Et, d'autre part, les Organisations Syndicales représentatives au niveau national,

C. F. D. T. représentée par Pierre WEVAS 

C. F. T. C. représentée par 

C. G. T. représentée par Maurice

F. O. représentée par Stéphane GAUZET 

S. N. B. représenté par

Il a été convenu ce qui suit.

Fait à PARIS LA DEFENSE, le 18 décembre 2006

## **PREAMBULE**

Le 12 juillet 2006, un accord collectif instaurant un régime obligatoire de frais médicaux pour le personnel de la Société Générale était signé. Aujourd'hui, les parties signataires se sont accordées pour améliorer les Garanties initialement mises en place figurant au contrat de prévoyance collective en annexe 2 de l'accord.

A cet effet, le présent avenant a pour objet de présenter les nouvelles Garanties applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

## **ARTICLE 1<sup>er</sup>**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, les Garanties offertes dans le cadre du régime obligatoire de frais médicaux institué par l'accord collectif du 12 juillet 2006 sont celles détaillées dans l'avenant n° 1 au contrat de prévoyance collective signé entre la Mutuelle du Personnel du Groupe Société Générale et la Société Générale.

Cet avenant au contrat de prévoyance collective est annexé au présent avenant. L'Annexe 2 de l'accord du 12 juillet 2006 est modifiée en conséquence.

## **ARTICLE 2**

La Direction de la Société Générale notifiera, sans délai, par courrier recommandé avec AR (ou par remise en main propre contre décharge), le présent avenant à l'ensemble des Organisations Syndicales représentatives au niveau national dans l'Entreprise.

A l'expiration du délai d'opposition, le présent avenant sera déposé par la Direction de la Société Générale à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi de Paris, ainsi qu'au greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature, a smaller signature, and the number '7'.

**ANNEXE UNIQUE**

**Avenant n°1 au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire**

*(Handwritten signature)*

# Avenant n°1 du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire

*- Garanties Frais de Soins de Santé -*

**ENTRE :**

- 1°) La MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIETE GENERALE,**  
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,  
Immatriculée au RNM sous le n° 784 410 805,  
Dont le siège social est sis à PARIS – 75 009 – 29, boulevard Haussmann  
Représentée par son Président, Monsieur Paul DEVROEDT, dûment habilité à cet effet,

*Dénommée ci-après la «MUTUELLE»,*

*D'UNE PART,*

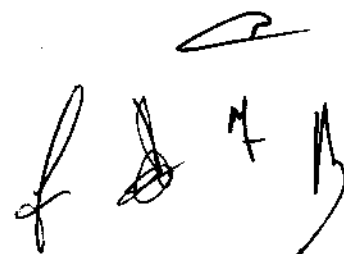
**ET**

- 2°) La SOCIETE GENERALE,** société anonyme dont le siège social est situé 29 boulevard Haussmann – 75009 PARIS, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n° 552 120 222, représentée par Madame Anne MARION-BOUCHACOURT, en sa qualité de Directrice des Ressources et Relations Humaines,

*Dénoté ci-après l' «ADHERENT»,*

*D'AUTRE PART,*

***Il a été convenu des dispositions du présent avenant :***



## **ARTICLE UNIQUE - OBJET**

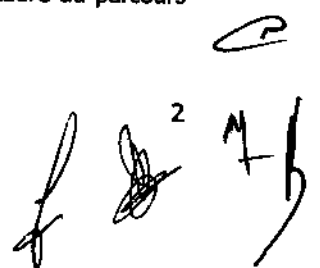
Le présent avenant a pour objet de modifier les garanties détaillées dans l'Article 13 du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire. Ces nouvelles garanties s'appliqueront à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

A cet effet, l'Article 13.5 ci-dessous se substitue dans sa globalité à l'ancien Article 13.5.

### **13.5 Niveau des garanties**

#### **a) Maladie (dossiers acceptés par la Sécurité Sociale)**

- Consultations, visites : (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
    - Doublement du ticket modérateur en cas de dépassements d'honoraires (appliqués dans le cadre du parcours de soins coordonnés)
  - Analyses, actes de biologie, prélèvements
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 40%
  - Soins auxiliaires (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 40%
  - Actes de radiologie, scanner, IRM, -code ADI - (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
  - Actes de radiologie vasculaire diagnostique, - code ADI - (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
  - Actes de médecine nucléaire diagnostique -code ADI - (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
  - Actes d'échographie, Doppler, - code ADE- (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
  - Actes diagnostiques divers (audiométrie, petits actes ophtalmologiques, dermatologie, endoscopie...), -code ATM- (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
  - Chimiothérapie, radiothérapie, -code ATM- (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
  - Médecine nucléaire thérapeutique, -code ATM- (1)
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 30%
  - Pharmacie
    - vignette blanche : ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 35%
    - vignette bleue : ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 65%
  - Transport en ambulance
    - Ticket modérateur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit 35%
- (1) Bénéficiaire pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale :
- prestation égale :
    - au ticket modérateur en cas de dépassements d'honoraires (appliqués dans le cadre du parcours de soins coordonnés)
    - Doublement pour les consultations et visites



## **b) Hospitalisations**

### **b-1 Hospitalisation médecine, ambulatoire ou non (dossiers acceptés par la Sécurité Sociale) :**

- Ticket modérateur taux en vigueur au 1er janvier 2006, soit 20%,
- Chambre particulière : remboursement dans la limite du plafond de 38 € par jour.

### **b-2 Hospitalisation chirurgie et actes chirurgicaux ambulatoires ou non -code ADC pour l'acte chirurgical et code ADA pour l'acte d'anesthésie- (dossiers acceptés par la Sécurité Sociale) :**

- Ticket modérateur taux en vigueur au 1er janvier 2006, soit 20%,
- Prise en charge, à hauteur de 18 € du forfait instauré sur les actes chirurgicaux, lors d'une hospitalisation ou dans le cadre de la chirurgie ambulatoire,
- Prestation complémentaire égale à 90% des frais restant à charge, hors chambre particulière, maximum 255 % de la base de remboursement Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2006,
- Chambre particulière : remboursement dans la limite d'un plafond de 38 € par jour.

### **b-3 Hospitalisation obstétrique -code ACO- (dossiers acceptés par la Sécurité Sociale) :**

- Éventuellement pour péridurale, prestation complémentaire égale à 90 % des frais restant à charge, maximum 255 % de la base de remboursement Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS), au 1er Janvier 2006,
- Chambre particulière : remboursement dans la limite d'un plafond de 38 € par jour.

### **b-4 Forfait journalier hospitalier :**





Remboursement sur la base de 16,00 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007

### **Prise en charge en cas d'hospitalisation :** (hors hospitalisation ambulatoire)

La demande de prise en charge est à faire la Mutuelle en précisant à celle-ci s'il s'agit d'une hospitalisation au titre de la maladie prise en charge à 100% ou non.

Cette prise en charge, à présenter à l'établissement, couvre :

- le ticket modérateur éventuel,
- le supplément chambre particulière,
- le forfait journalier hospitalier.
- Tiers payant pour :
  - Hospitalisation médecine
  - Hospitalisation chirurgie
  - Hospitalisation obstétrique
- dans un établissement public,
- dans un établissement privé conventionné avec la Sécurité Sociale,
- dans certains établissements privés agréés, non conventionnés avec la Sécurité Sociale

  
3  
  

**b-5 Frais d'accompagnement par la mère ou le père d'un enfant hospitalisé n'ayant pas dépassé l'âge de 12 ans :**

Prestation égale à 90% des frais restant à charge, maximum 15,25 € par jour.

**c) Travaux dentaires**

**c-1 Soins dentaires -code SDE et AXI- :**

Ticket modérateur taux en vigueur au 1er janvier 2006, soit 30%.

**c-2 Parodontologie -code PAR- :**

- **Accord Sécurité Sociale :** ticket modérateur taux en vigueur au 1er janvier 2006, soit 30%.
- **Refus Sécurité Sociale :** après accord préalable du Dentiste Conseil de la Mutuelle, 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2006.
- **En sus éventuellement :** prestation complémentaire égale à 90 % des dépenses restant à charge avec un maximum 255 % de la base de remboursement Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2006.

**c-3 Travaux dentaires autres que les soins :**

Dans la limite d'un plafond de remboursement de 3 000 € sur douze mois glissants à partir de la date des soins retenue par la Sécurité Sociale.

**c-3-1 - Prothèses dentaires -code ADP, PFM et PFE- acceptées par la Sécurité Sociale :**

300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2006 et dans la limite des dépenses engagées excepté pour les onlays, les inlays core ou à clavette pour lesquels le taux applicable est de 200%

**c-3-2 - Appareils dentaires -code PDA- acceptés par la Sécurité Sociale :**

425% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2006 et dans la limite des dépenses engagées.

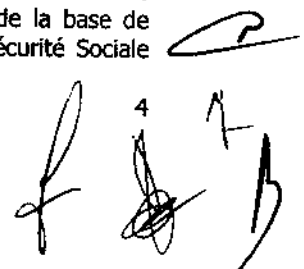
**c-3-3 - Orthodontie enfants -code TOR- dossiers acceptés par la Sécurité Sociale :**

425% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2006 et dans la limite des dépenses engagées.

**c-3-4 - Dossiers refusés par la Sécurité Sociale en matière de prothèses, d'appareils dentaires, d'orthodontie :**

même prestations que celles prévues pour les dossiers acceptés, mais après accord préalable du Dentiste Conseil de la Mutuelle, à l'exception des actes suivants qui ont des limites particulières :

- **prothèses provisoires fixes :**  
forfait maximum de 80 € par dent
- **appareils provisoires :**  
forfait maximum de 50 € par dent
- **orthodontie adulte :**  
Limitation de remboursement à 2 semestres de prescription avec un minimum de trois ans entre deux prescriptions (date à date), et un maximum de remboursement de 300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2006 et dans la limite des dépenses engagées.



### c-3-5 (nouveau) – Implants médicalement justifiés

Forfait pour pose d'implants médicalement justifiés (suite à un accident non couvert par une assurance ou à une pathologie particulière) : 200 € par implant limité à 3 sur 12 mois glissants à partir de la date des soins retenue par la Sécurité Sociale, après avis favorable du dentiste conseil de la Mutuelle.

### **d) Optique**

#### d-1 Lunettes :

Monture et verres : 95% des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale.  
Plafond de remboursement de 300 € sur douze mois glissants à partir de la date des soins retenue par la Sécurité Sociale, porté à 400 € sur 24 mois glissants si aucun remboursement n'a été demandé pendant 12 mois glissants, et à 500 € sur 36 mois glissants si aucun remboursement n'a été demandé pendant 24 mois glissants.

#### Très fortes corrections :

Le plafond de 300 € sur douze mois glissants est porté à 500 € sur douze mois glissants pour les très fortes corrections (égales ou supérieures à -8 / +8) sur présentation de la prescription et d'une facture détaillée qui sera soumise à l'acceptation préalable de l'opticien conseil de la Mutuelle.

#### d-2 Lentilles cornéennes :

- Dossier accepté par la Sécurité Sociale : 95 % des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale (plafond de remboursement : 300 € sur 12 mois glissants à partir de la date des soins retenue par la Sécurité Sociale)
- Dossier refusé par la Sécurité Sociale : 70% des frais réels dans la limite d'un plafond de remboursement de 300 € sur 12 mois glissants à partir de la date des soins retenue par la Sécurité Sociale.

### **e) Acoustique et appareillage (acceptés par la Sécurité Sociale)**

- Ticket modérateur en vigueur au 1er janvier 2006.  
Prestation complémentaire égale à 85 % des frais restant à charge, maximum 1 400 € sur douze mois glissants à partir de la date des soins retenue par la Sécurité Sociale.

### **f) Cure thermale (acceptée par la Sécurité Sociale)**

Soins : ticket modérateur en vigueur au 1er janvier 2006.  
Autres frais : forfait de 97 €

### **g) Vaccination anti-grippe (adhérents âgés de 60 à 64 ans)**

Remboursement du coût du vaccin et de l'injection.

### **h) Actes de prévention**

- L'acte d'ostéodensotométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire. Sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
- Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
  - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - Coqueluche : avant 14 ans ;
  - Hépatite B : avant 14 ans ;

5  
f  
B  
7  
B

- BCG avant 6 ans ;
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- Haemophilus influenza B ;
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

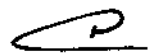
Fait à Paris La Défense,

Le

En deux exemplaires originaux.

**Pour la MUTUELLE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE GENERALE**

**POUR LA SOCIETE GENERALE**

  
6  
f d m b