

AVENANT N° 3 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 MARION-BOUCHACOURT, Directrice des Ressources Humaines Groupe,

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

C.F.D.T. représentée par

C.F.T.C. représentée par

C.G.T. représentée par

F.O. représentée par

S.N.B. représenté par

Il a été convenu ce qui suit.

Fait à PARIS LA DEFENSE, le 12 mars 2010

Avenant signé par l'ensemble des Organisations Syndicales représentatives

PREAMBULE

Le 12 juillet 2006, un accord collectif instaurant un régime obligatoire de frais médicaux pour le personnel de la Société Générale était signé. De nouvelles garanties étaient ensuite mises en place par avenant le 18 décembre 2006.

Constatant les excédents actuels du régime, les parties signataires s'accordent, par ce nouvel avenant, à :

- améliorer les garanties, afin que le régime proposé couvre encore mieux les actes incontournables les plus lourds et réponde à certaines attentes légitimes des salariés couverts de manière obligatoire ;
- prolonger l'âge de prise en charge des enfants à titre gratuit de 16 à 20 ans ;
- acter le principe de mise en place d'un taux d'appel sur les cotisations patronales et salariales pour faire diminuer la provision d'égalisation constituée et gérer le contrat à l'équilibre ;
- modifier la répartition de la cotisation entre la part patronale et la part salariale afin de réduire la contribution des salariés.

Les dispositions contenues dans cet avenant sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2010, sous réserve de la signature par la Mutuelle de l'avenant n° 3 au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire annexé au présent avenant.

ARTICLE 1 : PRESTATIONS

1.1. Modification de la limite d'âge des enfants couverts à titre gratuit

A compter du 1er juillet 2010, la limite d'âge des enfants couverts à titre gratuit par le régime obligatoire est portée de 16 à 20 ans.

En conséquence l'article 4 - BENEFICIAIRES DU REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE de l'accord collectif du 12 juillet 2006 est désormais rédigé comme suit :

- *Sont bénéficiaires du régime :*
 - *l'ensemble des salariés des établissements français de la SOCIETE GENERALE, qu'ils bénéficient d'un CDI ou d'un CDD (y compris les contrats en alternance et les contrats de professionnalisation), à l'exception des impatriés, des auxiliaires de vacances et des stagiaires ;*
 - *les enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis, du salarié défini ci-dessus, de son conjoint, de son Partenaire lié par PACS, ou de son concubin notoire, ou encore s'ils sont effectivement à charge au sens de la Sécurité Sociale du membre participant, et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :*
 - ✓ *être âgé de moins de 20 ans. L'inscription prendra fin le dernier jour du mois où l'enfant aura son 20ème anniversaire,*
 - ✓ *quel que soit son âge et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice autre que celle réalisée dans un atelier protégé, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 21 ans des avantages de la Sécurité Sociale en qualité d'ayant droit du participant.*

Les salariés à temps partiel bénéficient des mêmes Garanties que les salariés à temps plein.

Un salarié ne peut pas se soustraire au présent accord et/ou à l'application du Contrat de prévoyance collective.

Les CDD de 6 mois ou moins ont la possibilité de ne pas adhérer au régime.

1.2. Amélioration des garanties

Les nouvelles Garanties offertes dans le cadre du régime obligatoire de frais médicaux institué par l'accord collectif du 12 juillet 2006 et ses avenants sont détaillées en annexe unique à cet avenant (avenant n° 3 au contrat de prévoyance collective signé entre la Mutuelle du Personnel du Groupe Société Générale et la Société Générale).

Ces nouvelles garanties visent notamment à améliorer la prise en charge des dépassements d'honoraires des spécialistes, des prothèses dentaires, du forfait optique, des prestations de radiologie, des chambres particulières et actes de prévention avec la création de forfaits tel que le forfait contraception, le forfait tabagique et le forfait diététicien. Par ailleurs, les garanties suivantes ont été ajoutées : l'opération laser des yeux (myopie, presbytie) et le remboursement des ostéopathes.

L'Annexe 2 de l'accord du 12 juillet 2006 (contrat de prévoyance collective) est modifiée en conséquence.

ARTICLE 2 : COTISATIONS

2.1. Répartition de la cotisation

A compter du 1er juillet 2010, la répartition de la cotisation entre la part patronale et la part salariale est modifiée.

En conséquence l'annexe 1 - COTISATIONS est désormais rédigée comme suit :

- **Cotisation mensuelle**

Le taux global reste fixé à 1,916 % de la rémunération fixe brute du salarié, plafonnée à 1,5 Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (PMSS).

Le financement des cotisations à la Mutuelle est assuré à concurrence de :

- 45 % par l'employeur
- 55 % par les salariés.

On entend par rémunération fixe brute mensuelle, le 1/12^{ème} du salaire annuel conventionnel théorique de base (au sens de l'Article 39 de la convention collective de la banque), soit le 1/12^{ème} de la Rémunération Annuelle Garantie Brute (RAGB) théorique pour les salariés de la Classification et le 1/12^{ème} du Forfait Annuel (FORA) brut théorique pour les Hors-Classes. Pour les contrats en alternance, il s'agit du 1/12^{ème} de leur rémunération contractuelle annuelle brute.

Ainsi, tout salarié cotise sur sa rémunération fixe théorique brute, sans prorata lié à sa situation individuelle (temps partiel, absence sans solde ou à demi-solde, maladie).

- **Révision de la Cotisation**

En cas de modification du taux de cotisation dans la limite de plus ou moins 10 % du taux global appelé, la Direction pourra convenir avec la Mutuelle de la modification à apporter, conformément aux dispositions de l'Article 5 de l'accord collectif du 12 juillet 2006.

Si le taux de cotisation demandé par la Mutuelle dépasse le plafond de 10 % du taux global appelé, la Direction se rapprochera des organisations syndicales pour ouvrir une négociation.

2.2. Taux d'appel sur les cotisations

Les parties signataires s'accordent pour acter la mise en place d'un taux d'appel sur les cotisations, afin de maintenir le régime à l'équilibre. Ce taux d'appel s'applique proportionnellement aux cotisations salariales et patronales. La perte éventuelle constatée sur le régime suite à ce taux d'appel est prise sur la provision d'égalisation du Régime.

A compter du 1^{er} juillet 2010, le taux d'appel est fixé à 90 %. Ce taux de 90 % serait maintenu pendant toute la période nécessaire à consommer les excédents réalisés depuis la mise en place du régime collectif. Selon les estimations effectuées, cette période pourrait durer environ 8 années. Les parties signataires conviennent de se réunir à l'issue de cette période afin de constater la consommation des excédents et d'acter un retour au taux d'appel à 100%. Toutefois, en cas de déséquilibre important du Régime, à la hausse (excédent) ou à la baisse (déficit), les ajustements prévus à l'Article 5 de l'accord collectif du 12 juillet 2006 pourraient être mis en place sans modification de l'accord.

2.3. Cotisations des salariés d'Alsace/Moselle

La 3ème phrase de l'Article 5 de l'accord collectif du 12 juillet 2006 est désormais rédigée comme suit :

Du fait de leur régime spécifique de Sécurité Sociale, les cotisations des salariés d'Alsace/Moselle seront minorées de 10 % par rapport aux cotisations des autres salariés, cette minoration ne s'appliquera que sur la part salariale de la cotisation.

ARTICLE 3 : PUBLICITE

La Direction de la SOCIETE GENERALE 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 SOCIETE GENERALE à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi de PARIS, ainsi qu'au greffe du Conseil de Prud'hommes de NANTERRE.

AVENANT N° 3 DU CONTRAT DE PREVOYANCE COLLECTIVE A ADHESION OBLIGATOIRE

- Garanties Frais de Soins de Santé -

Entre :

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 Bernard CAUCHY, dûment habilité à cet effet,

*Dénommée ci-après la «**MUTUELLE** »,*

D'UNE PART,

Et :

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 Humaines Groupe,

*Dénoté ci-après l' «**ADHERENT** »,*

D'AUTRE PART,

Il a été convenu des dispositions du présent avenant :

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent avenant a pour objet de modifier les garanties du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire, ainsi que de modifier la limite d'âge des enfants couverts à titre gratuit, tel que défini par les partenaires sociaux au sein de l'entreprise Adhérente. A cet effet, les articles 2, 5.3.2 et 13.5 du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire sont modifiés.

Par ailleurs, étant donné les excédents actuels du régime, il est proposé de mettre en place un taux d'appel sur les Cotisations pour gérer le régime à l'équilibre et diminuer la provision d'égalisation du régime. A cet effet, un article 6.1.3 est ajouté et l'article 6.1.1 est modifié.

Enfin, la MUTUELLE et l'ADHERENT s'entendent pour modifier le niveau des frais de gestion du contrat, pour l'adapter aux coûts réels de la MUTUELLE. A cet effet, l'Article 15.2 est modifié.

Les dispositions contenues dans cet avenant sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2010.

ARTICLE 2 : MODIFICATION DE LA LIMITE D'AGE DES ENFANTS COUVERTS A TITRE GRATUITS

La limite d'âge des enfants couverts à titre gratuit au titre du présent contrat est portée de 16 à 20 ans.

➤ Ainsi, la définition de l'Enfant garanti de l'**Article 2 – Définitions**, est modifiée de la façon suivante :

Enfant garanti : est considéré comme enfant garanti au titre du présent contrat :
l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du membre participant, de son conjoint, de son Partenaire lié par PACS, ou de son concubin notoire, ou encore s'il est effectivement à charge au sens de la Sécurité Sociale du membre participant, et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 20 ans. L'inscription prendra fin le dernier jour du mois où l'enfant aura son 20^{ème} anniversaire.
- quel que soit son âge et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice autre que celle réalisée dans un atelier protégé, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 21 ans des avantages de la Sécurité Sociale en qualité d'ayant droit du participant.

➤ De même, pour être cohérent avec cette nouvelle limite d'âge, l'**Article 5.3.2** est désormais rédigé comme suit :

5.3.2 Maintien des garanties à titre individuel

Peuvent continuer à bénéficier de garanties de Frais de Soins de Santé, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- *Au titre d'une adhésion facultative individuelle souscrite directement auprès de la MUTUELLE et régie par les statuts et les règlements de la MUTUELLE :*
 - *les anciens salariés retraités qui, lors de leur cessation de fonction, entrent directement dans le cadre des régimes de préretraites ou de retraites en vigueur chez l'ADHERENT, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail les liant à l'ADHERENT.*
 - *les anciens salariés demandeurs d'emploi, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail les liant à l'ADHERENT.*
 - *les anciens salariés, qui lors de leur départ de l'ADHERENT, sont âgés de 50 ans et plus et justifient d'une ancienneté dans le groupe SOCIETE GENERALE de 25 ans et plus, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail les liant à l'ADHERENT.*
 - *en cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, l'ensemble des Membres Participants, sous réserve d'en faire la demande à la MUTUELLE dans les six mois suivant la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement.*

- les salariés relevant des Comités d'Établissement ayant demandé leur part de subvention, sous réserve d'en faire la demande à la MUTUELLE dans les six mois suivant la date d'effet de versement de la quote-part de subvention.
- les enfants des Membres participants à compter de leur 20ème anniversaire, sous réserve d'en faire la demande à la MUTUELLE dans les six mois suivant la date de leur 20ème anniversaire.
- les anciens salariés rentrant dans le cadre de la portabilité de la couverture telle que prévue par la **loi n°2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail**, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle en renvoyant le Formulaire de réponse sur le maintien des garanties complémentaires MUTUELLE SG et régime de PREVOYANCE Société Générale, sous dix jours à compter de la cessation du contrat de travail.

ARTICLE 3 : NOUVELLES GARANTIES

Les améliorations apportées au régime nécessitent la substitution de l'Article 13.5 Niveau des garanties par le nouvel article ci-dessous :

13.5 Niveau des garanties

L'année civile à laquelle certaines prestations font référence correspond à la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une année.

Sauf précision, le niveau des garanties correspond au maximum pris en charge par la Mutuelle, après remboursements versés par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme complémentaire.

a) Maladie (dossiers acceptés par la Sécurité Sociale)

- Consultations, visites des généralistes :
 - 60 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)
- Consultations, visites des spécialistes :
 - 130 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)
- Analyses, actes de biologie, prélèvements
 - Ticket modérateur en vigueur, soit 40 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010
- Soins auxiliaires
 - Ticket modérateur en vigueur, soit 40% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010
- Actes de radiologie, scanner, IRM, -code ADI -
 - 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)
- Actes de radiologie vasculaire diagnostique, - code ADI -
 - 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)
- Actes de médecine nucléaire diagnostique -code ADI -
 - 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)
- Actes d'échographie, Doppler, - code ADE-
 - 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)
- Actes diagnostiques divers (audiométrie, petits actes ophtalmologiques, dermatologie, endoscopie...), -code ATM-
 - Ticket modérateur en vigueur, soit 30% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010
- Chimiothérapie, radiothérapie, -code ATM-

- Ticket modérateur en vigueur, soit 30% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010
- Médecine nucléaire thérapeutique, -code ATM-
 - Ticket modérateur en vigueur, soit 30% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)
- Pharmacie
 - vignette blanche : Ticket modérateur en vigueur, soit 35% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010
 - vignette bleue : Ticket modérateur en vigueur, soit 65% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010
 -
- Transport en ambulance
 - Ticket modérateur en vigueur, soit 35% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010

b) Hospitalisations

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

- Ticket modérateur en vigueur, soit 20 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010,
- Chambre particulière : remboursement dans la limite d'un plafond de 55 € 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 en vigueur, soit 20 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010,
- 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 (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2010,
- Chambre particulière : remboursement dans la limite d'un plafond de 55 € 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 (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er Janvier 2010,
- Chambre particulière : remboursement dans la limite d'un plafond de 100 € par jour.

b-4 Forfait journalier hospitalier :

Remboursement sur la base du forfait journalier en vigueur, soit 18,00 € en médecine et chirurgie et 13,50 € en psychiatrie au 1^{er} janvier 2010.

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
- Hospitalisation psychiatrique

dans un établissement public,
dans un établissement privé conventionné avec la Sécurité Sociale,
dans certains établissements privés agréés, non conventionnés avec la Sécurité Sociale.

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 30 € par jour.

c) Travaux dentaires

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

Ticket modérateur en vigueur, soit 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010.

c-2 Parodontologie -code PAR- :

- Accord Sécurité Sociale : Ticket modérateur en vigueur, soit 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010,
- Refus Sécurité Sociale : après accord préalable du Dentiste Conseil de la Mutuelle, prestation équivalente à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur,
- En sus éventuellement : prestation complémentaire égale à 90 % des dépenses restant à charge avec un maximum 255 % de la base de remboursement Sécurité Sociale (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur.

c-3 Travaux dentaires autres que les soins :

Dans la limite d'un plafond de remboursement de 3 500 € par année civile.

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

350 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2010 et dans la limite des dépenses engagées, excepté pour les onlays, les inlays core ou à clavette pour lesquels le taux applicable est de 250 %.

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

425 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2010 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 (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2010 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 (BRSS) ou du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS) en vigueur au 1er janvier 2010 et dans la limite des dépenses engagées.

c-3-5 – Implants

Forfait pour pose d'implants : 350 € par implant limité à 3 par année civile à partir de la date des soins, après avis favorable du dentiste conseil de la Mutuelle.

d) Optique

d-1 Lunettes :

Monture et verres : 100 % des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale.
Plafond de remboursement de 300 € sur la première année civile, porté à 400 € sur l'année civile suivante si aucun remboursement n'a été demandé pendant la première année civile, et à 500 € sur l'année civile suivante si aucun remboursement n'a été demandé durant les deux dernières années civiles.

Très fortes corrections :

Le plafond de 300 € par année civile est porté à 600 € par année civile pour les très fortes corrections (égales ou supérieures à -8 / +8) et à 500 € par année civile pour les fortes corrections (égales ou supérieures à -6 / +6 et strictement inférieures 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.

Modification des corrections en cours d'année :

Sur avis médical dûment justifié, un remboursement complémentaire maximum de 300 € pourra être effectué pour les adhérents nécessitant une 2^{ème} paire de lunettes au cours de l'année civile.

d-2 Lentilles cornéennes :

- Dossier accepté par la Sécurité Sociale : 100 % des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale (plafond de remboursement : 300 € par année civile).
- Dossier refusé par la Sécurité Sociale : 100% des frais réels dans la limite d'un plafond de remboursement de 300 € par année civile.

d-3 Opération laser de l'œil (Myopie, presbytie,...) :

100 % des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale, dans la limite d'un plafond de remboursement de 500 € par œil.

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

- Ticket modérateur en vigueur, soit 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) au 1^{er} janvier 2010.
- Prestation complémentaire égale à 85 % des frais restant à charge, maximum 1 400 € par année civile.

f) Cure thermale (acceptée par la Sécurité Sociale)

- Soins : ticket modérateur en vigueur.
- 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 de la grippe saisonnière.

h) Actes de prévention

• L'acte d'ostéodensitométrie 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 ;
- 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.

i) Forfait contraception

Remboursement des pilules contraceptives plafonné à 150 € par année civile.

j) Forfait sevrage tabagique

Remboursement des substituts nicotiques (patchs, gommes, pastilles...) d'aide au sevrage tabagique, sur prescription médicale, forfait plafonné à 150 € par année civile.

k) Ostéopathie

Remboursement de 30 € par consultation d'ostéopathe plafonné à 90 € par année civile.

l) Forfait consultation diététicien enfant (jusqu'à 20 ans)

Remboursement de 30 € par consultation de diététicien pour les enfants âgés de moins de 20 ans, plafonné à 90 € par année civile, uniquement sur prescription médicale.

ARTICLE 4 : TAUX D'APPEL SUR LES COTISATIONS

Etant donné les excédents constatés sur le régime, il est proposé la mise en place d'un taux d'appel sur les Cotisations à hauteur de 90 %.

Il est ainsi créé un nouvel article 6.1.3 rédigé comme suit :

Nouvel Article 6.1.3 - Taux d'appel sur les Cotisations

Au vu des résultats des exercices 2007 à 2009, et dans l'objectif de respecter les termes de l'Article 15.1 qui précisent que « d'une manière générale, la MUTUELLE s'efforcera de gérer le contrat à l'équilibre, en proposant les adaptations nécessaires à l'Adhérent concernant les cotisations et les prestations », la MUTUELLE fixe le taux d'appel des Cotisations à 90 %.

Par conséquent, à compter du 1^{er} juillet 2010, les taux de Cotisations appelées par la MUTUELLE auprès de l'ADHERENT correspondront à 90% du taux contractuel.

Le résultat technique qui pourrait dès lors être déficitaire pour 2010 viendra ainsi diminuer la provision d'égalisation constituée au titre des exercices précédents.

ARTICLE 5 : AUTRES DISPOSITIONS

5.1 Cotisation des salariés d'Alsace/Moselle

Le régime spécifique de Sécurité Sociale d'Alsace/Moselle étant financé par le seul salarié, l'article 6.1.1 est désormais rédigé comme suit :

6.1.1 *Le montant de la cotisation mensuelle par Membre Participant est fixé depuis le 1^{er} janvier 2007, à 1,916 % de la rémunération fixe brute du salarié, plafonnée à 1,5 PMSS (Plafond Mensuel de Sécurité Sociale)*

Du fait de leur régime spécifique de Sécurité Sociale, les cotisations des salariés d'Alsace/Moselle seront minorées de 10% par rapport aux cotisations des autres salariés, cette minoration ne s'appliquera que sur la part salariale de la cotisation.

5.2 Frais de gestion

Afin d'adapter le niveau des frais de gestion de la Mutuelle avec ses coûts réels et les pratiques du marché, l'article 15.2 est désormais rédigé comme suit :

Les frais de gestion annuels applicables au contrat s'élèvent à 10% des cotisations acquises, dont 0,2 % au titre d'une Caisse d'Action Sociale de la Mutuelle au profit des Bénéficiaires du présent contrat.

A noter que les frais de gestion sont calculés sur le taux contractuel et non sur le taux d'appel.

Les autres dispositions du contrat de prévoyance collective demeurent inchangées.

Une communication sera faite par la Mutuelle auprès des salariés de la Société Générale pour les informer de ces nouvelles modalités.

Fait à Paris La Défense, le
En deux exemplaires originaux.

Pour la MUTUELLE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE GENERALE

POUR LA SOCIETE GENERALE