

# 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 Monsieur

Bernard LE MAU de TALANCE en sa qualité de Directeur des Ressources et Relations Humaines,

*Dénommé ci-après l' «ADHERENT»,*

*D'AUTRE PART,*

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

## PREMIERE PARTIE : DISPOSITIONS GENERALES

### **ARTICLE 1 - OBJET**

Le présent contrat a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la MUTUELLE garantit les Membres Participants de l'ADHERENT, conformément à l'accord collectif d'entreprise conclu le 12 juillet 2006 par l'ADHERENT instituant un régime obligatoire de couverture complémentaire de frais de soins de santé.

Le présent contrat est régi par les dispositions des articles L. 221-2-III-2 du Code de la Mutualité.

### **ARTICLE 2 - DEFINITIONS**

**Adhérent** : l'entreprise souscripteur du présent contrat.

**Bénéficiaire** : la personne qui recevra la prestation due par la MUTUELLE en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

**Concubinage** : le concubin notoire et permanent doit apporter la preuve d'une vie commune d'au moins 2 ans à la date d'adhésion.

**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 16 ans. L'inscription prendra fin le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant aura atteint son 16<sup>ème</sup> 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.

**Garantie** : engagement de l'assureur de verser une prestation si le Membre Participant ou, le cas échéant, ses Enfants garantis sont victimes d'un sinistre.

**Membres Participants** : salariés de l'ensemble des établissements français de la SOCIETE GENERALE relevant du champ d'application défini aux articles 2 et 4 de l'accord collectif d'entreprise, 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.

**Plafond mensuel de la Sécurité Sociale** : plafond servant de base à la Sécurité Sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

**Risque** : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Membre Participant ou du Bénéficiaire.

**Sinistre** : réalisation du risque.

**Tarif de convention** : tarif négocié par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et les représentants des professions de santé qui s'engagent à le respecter dans le cadre d'une convention. Cependant, ce tarif peut être dépassé (praticiens avec dépassements autorisés ou à honoraires libres), la base de remboursement de la Sécurité Sociale est, alors, limitée au tarif négocié.

**Tarif de responsabilité** : base de remboursement de la Sécurité Sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures, les actes cliniques et chirurgicaux et les appareillages.

**Tarif forfaitaire de responsabilité** : base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le princeps d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

**Tarif d'autorité** : tarif appliqué par la Sécurité Sociale pour le remboursement des actes pratiqués par les professionnels de santé qui n'adhèrent pas à la convention.

**Ticket modérateur** : part des frais de soins de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire et qui reste donc à charge de l'assuré. Il est égal à la différence entre les tarifs de la Sécurité Sociale (convention, responsabilité, forfaitaire de responsabilité) et les remboursements de la Sécurité Sociale.

### **ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUELEMENT**

**3.1** Le présent contrat prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007 pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

**3.2** Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, chaque 1<sup>er</sup> janvier, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège social de la MUTUELLE ou de l'ADHERENT moyennant le respect d'un préavis de deux mois. Pour être valide, la notification de la dénonciation doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi, pour ne prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice suivant.

### **ARTICLE 4 - OBLIGATIONS RECIPROQUES DE L'ADHERENT ET DE LA MUTUELLE**

#### **4.1 L'ADHERENT s'engage à :**

**4.1.1** Déclarer à la MUTUELLE tout salarié remplissant les conditions d'affiliation.

**4.1.2** Déclarer à la MUTUELLE tout salarié dont le contrat de travail est rompu au cours de l'exécution du présent contrat, en précisant la date de son départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 15 jours suivant la rupture effective du contrat de travail.

**4.1.3** Communiquer à la MUTUELLE la Déclaration d’Affiliation visée à l’article 5 dûment renseignée par chaque Membre Participant.

**4.1.4** Payer à la MUTUELLE les cotisations dues aux échéances.

**4.1.5** Remettre à chaque Membre Participant une notice d’information rédigée et fournie par la MUTUELLE, ainsi qu’à porter à la connaissance de chacun d’eux les modifications des garanties du présent contrat en leur remettant copie de toute nouvelle notice rédigée par la MUTUELLE.

#### **4.2 La MUTUELLE s’engage à :**

**4.2.1** Verser les prestations aux Bénéficiaires, dans les 30 jours qui suivent la réception par la MUTUELLE des éléments nécessaires au traitement du dossier.

**4.2.2** Adresser mensuellement aux Bénéficiaires un relevé des remboursements effectués.

**4.2.3** Gérer le régime à l’équilibre, selon les règles prudentes du Code de la Mutualité.

**4.2.4** Communiquer chaque année à l’ADHERENT, avant le 30 avril, l’ensemble des comptes de résultat du régime accompagnés d’un commentaire analytique ainsi que les prévisions d’évolution pour les 5 années à venir.

**4.2.5** Permettre l’accès des données, non nominatives, de la Mutuelle, à un actuaire indépendant, pour toutes les évaluations nécessaires à la bonne gestion du régime.

**4.2.6** Respecter les termes de la loi n°2004-810 relative à l’assurance maladie (dispositif dit de « contrat responsable »).

### **ARTICLE 5 - AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS**

#### **5.1 Conditions et date d’effet de l’affiliation**

**5.1.1** Le présent contrat entraîne l’affiliation, à titre obligatoire, de tous les Membres Participants définis à l’Article 2 du présent contrat.

L’affiliation ne peut toutefois produire ses effets que dans la mesure où chaque Membre Participant renseigne intégralement et signe, dans les 30 jours suivant le jour où les conditions d’affiliation sont remplies, la Déclaration d’Affiliation type de la MUTUELLE, dans laquelle il précise notamment son état civil, sa situation matrimoniale et familiale.

**5.1.2** La qualité de Membre Participant lui est acquise sous réserve du respect des conditions relatives à l’affiliation visées à l’article ci-dessus :

- à la date de prise d’effet du contrat lorsqu’il figure à cette date dans les effectifs de l’ADHERENT,

- à la date à laquelle il intègre les effectifs de l'ADHERENT, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

## **5.2 Maintien de l'affiliation**

L'affiliation au présent contrat et, par conséquent, les garanties, sont maintenues au Membre Participant tant qu'il reste lié à l'ADHERENT par un contrat de travail et satisfait aux conditions d'affiliation mentionnées à l'article 5.1.1, moyennant le paiement des cotisations.

## **5.3 Cessation des droits des Membres Participants**

### **5.3.1 Cas de cessation des droits**

L'affiliation du Membre Participant est résiliée de plein droit :

- soit à la date de résiliation du présent contrat,
- soit en cas de rupture de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture du contrat de travail.

### **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 16<sup>ème</sup> anniversaire, sous réserve d'en faire la demande à la MUTUELLE dans les six mois suivant la date de leur 16<sup>ème</sup> anniversaire.

## **ARTICLE 6 - COTISATIONS**

### **6.1 Assiette et Montant des cotisations**

**6.1.1** Le montant de la cotisation mensuelle par Membre Participant est fixé, au 1<sup>er</sup> janvier 2007, à 1,916 % de la rémunération fixe brute du salarié, plafonnée à 1,5 PMSS \*

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.

*\* PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale*

**6.1.2** Pour les Membres Participants dont l'affiliation cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation de l'affiliation.

### **6.2 Paiement des cotisations**

**6.2.1** Les cotisations sont recouvrées mensuellement à terme échu. Elles sont payables dans les cinq jours qui suivent l'échéance.

**6.2.2** La répartition des cotisations entre l'ADHERENT et les Membres Participants est fixée par accord interne à l'entreprise. Toutefois, l'ADHERENT est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de la MUTUELLE. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à la MUTUELLE, aux différentes échéances prévues.

### **6.3 Révision des cotisations ou du niveau des garanties**

**6.3.1** Les taux de cotisation et le niveau des garanties sont réexaminés par la MUTUELLE en fin d'année, et peuvent être modifiés en fonction des résultats du Contrat.

Le changement de taux de cotisation et/ou du niveau des garanties doit être notifié à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 30 septembre de l'année N. Il prend effet au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N + 1.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser la MUTUELLE par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet, ce refus entraînant la résiliation du présent contrat au 31 décembre de l'exercice en cours. A défaut, l'ADHERENT est réputé avoir accepté les changements notifiés par la MUTUELLE.

**6.3.2** L'ADHERENT et la MUTUELLE conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou acte juridique susceptible de modifier les conditions préexistantes d'application du contrat, et notamment l'adoption de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Lorsqu'une décision à caractère législatif ou réglementaire, ou un accord collectif, vient à modifier la portée des engagements de la MUTUELLE, les conditions de l'assurance seront révisées d'un commun accord entre les parties.

## **ARTICLE 7 - RESILIATION DU CONTRAT**

Outre la faculté annuelle de résiliation mentionnée à l'article 3.2, le contrat ne peut être résilié que dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

**7.1.** A défaut de paiement des cotisations définies à l'article 6 dans les 10 jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par la MUTUELLE, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'ADHERENT. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, la MUTUELLE pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues.

Conformément à l'article L. 221-8, I du Code de la mutualité, la MUTUELLE pourra informer les Membres Participants de la défaillance de l'ADHERENT et des conséquences du défaut de paiement des cotisations dans les délais susvisés.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la MUTUELLE les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

**7.2** En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'ADHERENT ayant modifié l'objet du risque ou en ayant diminué l'opinion pour la MUTUELLE, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'ADHERENT a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera résilié de plein droit sans préjudice, pour la MUTUELLE, de la possibilité de se prévaloir de la nullité du contrat.

**7.3** En cas de non-acceptation par l'ADHERENT des propositions de révisions des cotisations et/ou des prestations formulées par la MUTUELLE dans les conditions prévues à l'article 6.3.

## **ARTICLE 8 - RECOURS - PRESCRIPTION**

### **8.1 - Recours**

**8.1.1** Toutes les actions intentées en exécution des dispositions du contrat ou des conventions passées par la MUTUELLE seront soumises à la juridiction compétente définie par les articles 42 à 46 du nouveau Code de Procédure Civile et les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire.

**8.1.2** En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, les prestations correspondant aux garanties de frais de santé définies dans la 2<sup>ème</sup> partie du présent contrat constituent une avance sur recours. En conséquence, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la MUTUELLE dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La MUTUELLE se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

### **8.2 - Prescription**

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la MUTUELLE en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque là.

Lorsque l'action de l'ADHERENT, du Membre Participant ou du bénéficiaire contre la MUTUELLE a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'ADHERENT, le Membre Participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

## **ARTICLE 9 - RECLAMATIONS**

La MUTUELLE met à la disposition de l'ADHERENT et des Membres Participants la possibilité de la contacter pour apporter une réponse à toute réclamation concernant le présent contrat, à l'adresse suivante :

Mutuelle du personnel du Groupe Société Générale (Siège Administratif)  
12, rue de la Mare à Guillaume  
94 723 FONTENAY SOUS BOIS CEDEX

## **ARTICLE 10 - AUTORITE DE TUTELLE**

La MUTUELLE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles – 52 rue de la Victoire - 75009 PARIS.

## **ARTICLE 11 - DISPOSITIONS DIVERSES**

### **11.1 Confidentialité**

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

### **11.2 Secret professionnel**

Conformément à l'article 226-13 du Code Pénal, la MUTUELLE est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, pour l'exécution du contrat, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

### **11.3 Loi Informatique et Libertés**

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

### **11.4 Valeur contractuelle**

**11.4.1** Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- le présent contrat,
- les avenants et lettre-avenants au contrat.

**11.4.2** Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

**11.4.3** Le présent contrat ne pourra être modifié que par avenant signé par les deux parties. Il pourra l'être également par lettre-avenant émise unilatéralement et signé par la MUTUELLE lorsque la modification portera sur une amélioration gratuite de garantie ou qu'elle n'emporte aucune modification des garanties.

## **DEUXIEME PARTIE : DEFINITION DES GARANTIES**

### **ARTICLE 12 - RISQUES EXCLUS**

Sont exclus tous les risques non prévus à l'article 13, et notamment la franchise de remboursement sur les actes médicaux, instaurée par la loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004.

Hormis les cas particuliers prévus par la loi du 13 août 2004, il en est de même :

- pour tous dépassements d'honoraires consécutifs à la consultation directe chez un médecin sans passer préalablement par le médecin traitant choisi par l'assuré social,
- pour l'accroissement (+10 % au 1<sup>er</sup> janvier 2006) du ticket modérateur appliqué par la Sécurité Sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 sur les actes effectués hors du parcours de soins coordonné.

### **ARTICLE 13 - GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE**

#### **13.1 Objet des garanties**

Les garanties Frais de Soins de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale effectués au titre de l'assurance maladie ou maternité.

Par dérogation, les frais de prothèses et appareils dentaires, de lentilles cornéennes ainsi que les vaccins, inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité Sociale et certains actes particuliers peuvent donner lieu cependant à un remboursement par la MUTUELLE dans les conditions définies ci-après.

En tout état de cause, le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés par le Membre Participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité Sociale et tout autre organisme complémentaire.

#### **13.2 Conditions des garanties**

Les garanties s'appliquent dans le respect des termes de la loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie (dispositif dit de « contrat responsable »).

#### **13.3 Bénéficiaires**

Les bénéficiaires des garanties décrites ci-après sont les salariés de la Société Générale et leurs enfants garantis, tels que définis à l'Article 2.

### **13.4 Clauses légales**

- Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après tous les remboursements de toute nature auxquels il a droit. (...) ».

- Conformément à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

« Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la Loi du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. (...) ».

### **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 auprès de 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

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 de 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 2 750 € 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.

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, orthodontie :

même prestations que celles prévues pour les dossiers acceptés, mais après accord préalable 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 : 275 € par dossier

**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 : 275 € par dossier)
- Dossier refusé par la Sécurité Sociale : 70 % des frais réels dans la limite d'un plafond annuel de remboursement de 275 €

**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 1 220 € par dossier.

**f) Cure thermique (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 ;
  - 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.

## **TROISIEME PARTIE : VERSEMENT DES PRESTATIONS**

### **ARTICLE 14 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

#### **14.1 Paiement des cotisations**

Pour que les Membres Participants puissent bénéficier des prestations, l'ADHERENT doit avoir payé l'intégralité des cotisations dues au titre du contrat.

#### **14.2 Déclaration des sinistres**

##### Échanges télématiques entre les CPAM et la MUTUELLE

Sauf opposition écrite de sa part, la MUTUELLE intervient, lors de l'adhésion, auprès de la CPAM de la personne couverte, pour la mise en place de la procédure de télétransmission des données avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les données télé-transmises par la CPAM à la MUTUELLE tiennent lieu de justificatifs pour cette dernière.

##### Télétransmission des données entre les CPAM et la MUTUELLE

Ce mode de transmission étant soumis aux aléas techniques, par nature imprévisibles, les membres participants et leurs ayants-droit bénéficiant de cette procédure, sont tenus de s'assurer de la bonne liquidation des prestations dues par la MUTUELLE.

Il leur revient plus particulièrement, d'informer la MUTUELLE de tout changement intervenant dans leur dossier d'affiliation à la Sécurité Sociale (ou dans celui d'un ayant droit), notamment en cas d'affiliation à une nouvelle Caisse suite à un déménagement ou à l'attribution d'une nouvelle immatriculation.

La MUTUELLE ne peut être tenue pour responsable du défaut de surveillance des membres participants ou de leurs ayants-droit.

##### Justificatifs à fournir à la MUTUELLE pour le paiement des prestations

Les Membres Participants et, plus généralement, tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à la MUTUELLE les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous :

<b>Prestations</b>	<b>Justificatifs à fournir</b>
<p><b>Maladie</b> (dossiers acceptés par la Sécurité Sociale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membre Participant bénéficiant de la procédure de télétransmission de données par leur CPAM : Néant</li> <li>• Autres Membres Participants : original du volet Sécurité Sociale</li> <li>• Tout Membre Participant ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : original de la facture acquittée</li> <li>•</li> </ul>
<p><b>Hospitalisations</b> (acceptées par la Sécurité Sociale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout Membre Participant pour les frais non pris en charge directement par la MUTUELLE : original de la facture acquittée (de l'établissement ou des praticiens)</li> </ul>
<p><b>Travaux dentaires</b> (autres que les soins) <u>Dossiers acceptés par la Sécurité Sociale</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Prothèses Appareils dentaires Orthodontie</p> <p style="padding-left: 40px;">Parodontologie</p> <p><u>Dossiers refusés par la Sécurité Sociale</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Prothèses Appareils dentaires Orthodontie Parodontologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membre Participant bénéficiant de la procédure de télétransmission de données par leur CPAM : facture exclusivement sur demande de la MUTUELLE</li> <li>• Autres Membres Participants : original du volet Sécurité Sociale + facture acquittée</li> <li>• Tout Membre Participant : original du volet Sécurité Sociale + facture acquittée</li> <li>• Tout Membre Participant : facture détaillée acquittée</li> </ul>
<p><b>Optique</b> <u>Lunettes et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale</u></p> <p><u>Lentilles refusées par la Sécurité Sociale</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membre Participant bénéficiant de la procédure de télétransmission de données par leur CPAM : facture exclusivement sur demande de la MUTUELLE</li> <li>• Autres Membres Participants : original du volet Sécurité Sociale + facture sur demande de la MUTUELLE</li> <li>• Tout Membre Participant ayant utilisé le tiers payant Sécurité Sociale : original de la facture acquittée</li> <li>• Tout Membre Participant : original de la facture acquittée + copie de la prescription médicale</li> </ul>
<p><b>Acoustique et appareillage</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membre Participant bénéficiant de la procédure de télétransmission de données par leur CPAM : facture acquittée exclusivement sur demande de la MUTUELLE</li> <li>• Autres Membres Participants : original du volet Sécurité</li> </ul>

	<p>Sociale + facture acquittée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout Membre Participant ayant utilisé le tiers payant Sécurité Sociale : original de la facture acquittée</li> </ul>
<p><b>Cures thermales</b> (acceptées par la Sécurité Sociale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membre Participant bénéficiant de la procédure de télétransmission de données par leur CPAM : facture acquittée exclusivement sur demande de la MUTUELLE</li> <li>• Autres Membres Participants : original du volet Sécurité Sociale + facture acquittée</li> <li>• Tout Membre Participant ayant utilisé le tiers payant Sécurité Sociale : original de la facture acquittée</li> </ul>
<p><b>Vaccination anti-grippe</b></p>	<p>Prescription médicale, facture de la pharmacie (ou vignette vaccin) et éventuellement feuille de soins de l'infirmière</p>



## QUATRIEME PARTIE : COMPTES TECHNIQUES

### **ARTICLE 15 – COMPTES TECHNIQUES**

#### **15.1 Comptes Techniques**

Chaque année, au plus tard le 30 avril, la MUTUELLE établira les comptes techniques de l'exercice précédent.

#### **Comptes Techniques**

##### Au Crédit

- Cotisations acquises dans l'exercice
- Reprise provisions pour sinistres restant à régler au 31 décembre de l'exercice
- Produits financiers sur provisions pour sinistres restant à régler

##### Au Débit

- Prestations payées dans l'exercice
- Provisions pour sinistres restant à régler au 31 décembre de l'exercice
- Frais de gestion

100% du Résultat Technique est affecté à la Réserve de stabilité définie ci-dessous.

#### **Réserve de stabilité**

##### Au Crédit

- Réserve de stabilité de l'année précédente si elle est positive
- Résultat Technique de l'exercice s'il est positif
- Produits financiers sur réserve de stabilité de l'année précédente

##### Au Débit

- Réserve de stabilité de l'année précédente si elle est négative
- Résultat Technique de l'exercice s'il est négatif

**D'une manière générale, la MUTUELLE s'efforcera de gérer le contrat à l'équilibre, en proposant les adaptations nécessaires à l'ADHERENT concernant les cotisations et les prestations.**

#### **15.2 Frais de gestion**

Les frais de gestion annuels applicables au contrat s'élèvent à 8% des cotisations acquises, dont 0,2 % au titre d'une Caisse d'Action Sociale de la Mutuelle au profit des Bénéficiaires du présent contrat.

**15.3 Effets de la résiliation – Transfert de la Réserve de stabilité positive**

En cas de résiliation du contrat selon les termes de l'Article 7, la Réserve de stabilité restera acquise au contrat, si elle est positive. Si elle est négative, la MUTUELLE l'affectera dans ses comptes.

En cas de changement d'assureur, la Réserve de stabilité – positive - sera transférée dans les 3 mois qui suivent la fin de l'exercice au cours duquel a eu lieu la résiliation ou dans les 3 mois qui suivent la souscription d'un nouveau contrat de frais de santé par l'ADHERENT. Ce transfert sera effectué sans frais au nouvel assureur choisi par l'ADHERENT, sur la valeur de la Réserve de stabilité déterminée au 31 décembre de l'exercice au cours duquel a eu lieu la résiliation.

Fait à Paris La Défense,

le

En deux exemplaires originaux.

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

**Pour la SOCIETE GENERALE**