

**ACCORD COLLECTIF
RELATIF AUX GARANTIES COMPLEMENTAIRES
« REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »
NATIXIS**

Entre les soussignés :

Natixis SA et ses filiales (dont la liste figure en annexe 1) constitutives du périmètre de Natixis Intégrée, parties au présent accord représentées par ,
Directrice des Ressources Humaines de Natixis,

ci-après dénommées « les sociétés signataires » et ensemble « Natixis »

D'une part,

et

Les Organisations Syndicales Représentatives de Natixis SA et ses filiales prises en la personne de leurs représentants en vertu des mandats dont ils disposent

D'autre part,

Il a été conclu le présent accord, en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

SOMMAIRE

| | | |
|-------------------|---|---------|
| Préambule | | Page 3 |
| Article 1 | Objet | Page 3 |
| Article 2 | Champ d'application | Page 3 |
| Article 3 | Bénéficiaires | Page 5 |
| Article 4 | Garanties | Page 7 |
| Article 5 | Cotisations | Page 7 |
| Article 6 | Evolution ultérieure des cotisations | Page 10 |
| Article 7 | Dispositions applicables aux retraités de Natixis SA et de Natixis Payment Solutions | Page 10 |
| Article 8 | Information | Page 11 |
| Article 9 | Suivi de l'accord | Page 11 |
| Article 10 | Mesure exceptionnelle d'accompagnement | Page 12 |
| Article 11 | Durée – révision - dénonciation | Page 13 |
| Article 12 | Dépôt et publicité | Page 14 |
| Annexe 1 | Champ d'application du présent accord | Page 15 |
| Annexe 2 | Liste des accords collectifs, accords référendaires et décisions unilatérales substitués par le présent accord | Page 16 |
| Annexe 3 | Liste indicative des indicateurs de suivi prévus à l'article 9.1 | Page 17 |
| Annexe 4 | Contenu des garanties à la date de signature du présent accord | Page 18 |

M
M
2
W JA FD

PREAMBULE

Un engagement avait été pris dans l'accord sur l'emploi du 13 septembre 2013 conclu sur le périmètre de Natixis Intégrée d'entamer une réflexion sur l'harmonisation des dispositifs applicables en matière de complémentaire santé dans l'objectif de les faire converger au sein du périmètre de Natixis Intégrée au plus tard fin 2017.

Aussi les Organisations Syndicales Représentatives au sein du périmètre de Natixis Intégrée et la Direction se sont-elles réunies à partir de septembre 2016 afin de déterminer les modalités d'un régime harmonisé de protection sociale complémentaire dont pourraient bénéficier les salariés définis par le présent accord en matière de « remboursement de frais de santé ».

L'objectif de cette négociation est double :

- poursuivre l'harmonisation du socle social afin de fluidifier et de faciliter la mobilité des collaborateurs au sein du périmètre de Natixis Intégrée ;
- mettre en place un régime en conformité avec les règles d'exonération de cotisations de sécurité sociale et de déductibilité fiscale issues, notamment, du décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 modifiant le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012.

La conduite de cette négociation s'inscrit dans le cadre de l'accord collectif relatif au droit syndical et à la négociation collective au sein de Natixis Intégrée du 2 novembre 2010.

Conformément à l'article L.2253-5 du Code du travail, le présent accord annule, remplace et se substitue, dès son entrée en vigueur, à l'intégralité des dispositions applicables au sein des différentes sociétés comprises dans le périmètre du présent accord en matière de frais soins de santé, qu'elles soient issues d'un accord collectif, d'un accord référendaire, d'une décision unilatérale de l'employeur ou d'une simple pratique unilatérale en vigueur dans les sociétés concernées et ayant le même objet.

La liste des accords collectifs, accords référendaires et décisions unilatérales substitués par le présent accord est jointe en annexe 2.

Article 1 – Objet

Le présent accord est conclu dans le cadre des dispositions du droit commun de la négociation collective.

Le présent accord a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés visés à l'article 3 aux contrats collectifs d'assurance souscrits à cet effet par Natixis sur le périmètre tel que défini à l'article 2.1, auprès d'un organisme habilité.

Article 2 – Champ d'application

Le présent accord est un accord de Groupe au sens des articles L. 2232-30 et suivants du Code du travail.

Les parties rappellent que, conformément à l'article L.2232-33 du Code du travail, le présent accord dispense expressément les entreprises comprises dans son champ d'application d'aborder lors des négociations obligatoires d'entreprise le thème des modalités de définition d'un régime de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, prévu à l'aliné 5 de l'article L.2242-8 du Code du travail, dans des conditions au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, au titre de la négociation

annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail.

Article 2.1 – Périmètre

Le présent accord est applicable à la société Natixis SA et à ses sociétés filiales, détenues directement ou indirectement, ayant du personnel, dont le siège social est situé sur le territoire français et dont la liste est annexée au présent accord (cf. annexe 1).

Article 2.2 - Entrée d'une nouvelle société dans le champ d'application du présent accord

Toute nouvelle société filiale, ayant du personnel, détenue directement ou indirectement par Natixis SA, dont le siège social serait situé sur le territoire français, et intégrant le périmètre de Natixis Intégrée après la signature du présent accord, pourra adhérer au présent accord, sous réserve de la signature d'un accord constatant la volonté d'adhésion de cette nouvelle société.

L'adhésion d'une société au présent accord résultera :

- soit d'un accord d'adhésion conclu entre son représentant légal (ou son délégataire) et une ou plusieurs Organisations Syndicales Représentatives,
- soit à défaut d'Organisations Syndicales Représentatives dans l'entreprise, par décision unilatérale de l'entreprise, après information/consultation du Comité d'entreprise ou à défaut des Délégués du personnel si ces Instances Représentatives du Personnel (IRP) existent dans l'entreprise.

La Direction de la société adressera à la Direction de Natixis SA l'accord d'adhésion au présent accord ou la décision unilatérale. La Direction de Natixis SA en informera les autres parties signataires du présent accord.

Article 2.3 – Sortie d'une société du champ d'application du présent accord

Toute société qui ne serait plus contrôlée directement ou indirectement par la société Natixis et qui sortirait de ce fait du périmètre de Natixis Intégrée, sera exclue du champ d'application du présent accord, et partant, du régime de frais soins de santé qu'il institue.

Toutefois, cette sortie du périmètre de Natixis Intégrée s'analyse, pour la société concernée, comme une mise en cause de l'accord collectif régie par l'article L.2261-14 du Code du travail. Ladite société sera donc contrainte de continuer à appliquer cet accord à ses salariés pendant un délai de préavis de 3 mois, puis un délai de survie de 12 mois, sauf conclusion d'un accord collectif de substitution en son sein.

En revanche, pour les autres sociétés relevant du périmètre de Natixis Intégrée, l'application du présent accord collectif ne sera pas mise en cause, ni modifiée par la sortie de l'une des sociétés initialement comprises dans son champ d'application.

En tout état de cause, toute sortie du périmètre devra être portée à la connaissance des autres parties signataires, ainsi que la Direction Régionale de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi par Natixis.

W
4
JA FD

Article 3 – Bénéficiaires

Article 3.1 Salariés

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des sociétés comprises dans son champ d'application.

Article 3.2 Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les Organisations Syndicales Représentatives. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 3.3 Possibilités de dispense

3.3.1 Dispense d'ordre public

Il est rappelé, à titre informatif, que les salariés ont la possibilité de demander à être dispensés d'adhésion en application de l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application.

Ainsi, les salariés suivants auront la faculté de refuser à leur initiative et dans les conditions prévues par les dispositions légales et réglementaires en vigueur, leur adhésion au présent régime :

- 1°/ Les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en application de l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale.
Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
- 2°/ Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche.
Cette dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- 3°/ Les salariés bénéficiant pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaires de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - Dispositif collectif et obligatoire de salariés remplissant les conditions mentionnées à l'article L.242-1 alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, étant précisé que pour les couples de salariés travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple doit alors être affilié en propre, l'autre en qualité d'ayant droit obligatoire ;
 - dispositif prévu par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - contrat d'assurance groupe issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle dits « contrat Madelin » ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la sécurité sociale ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946.
- 4°/ Les salariés en contrat à durée déterminée dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à trois mois, s'ils justifient bénéficier par ailleurs d'une

Handwritten signatures and initials: W, JA, ED, 5, and other illegible marks.

couverture « responsable » au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

Cette durée de couverture inférieure à trois mois s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte, le cas échéant, de la durée de la portabilité des garanties au sens de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

En application des dispositions de l'article D.911-5 du Code de la sécurité sociale, ces dispenses ne peuvent être sollicitées qu'à des moments déterminés, c'est-à-dire :

- au moment de l'embauche ;
- ou à la date d'effet d'une autre couverture résultant de l'un des dispositifs énumérés à l'article D.911-2 du Code de la sécurité sociale.

Les parties au présent accord rappellent leur souhait que l'ensemble des salariés bénéficient d'une couverture effective en matière de remboursement de frais de santé. Ainsi la prise en compte des demandes de dispense sera conditionnée à la production des justificatifs nécessaires. Une simple attestation sur l'honneur ne sera pas considérée comme suffisante.

Ces salariés devront solliciter par écrit leur dispense d'adhésion, en amont de l'embauche, lors de la réception de leur contrat de travail et de la notice d'information, et au plus tard dans les 7 jours calendaires suivant leur date d'embauche auprès de la Direction des ressources humaines et produire tout justificatif requis. Cette demande de dispense devra comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par son employeur des conséquences de son choix.

À défaut d'écrit et de justificatif adressé à la Direction des ressources humaines dans le délai précité, ces salariés seront obligatoirement affiliés au régime.

- 3.3.2 Possibilités complémentaires de dispenses -

Le présent accord prévoit des possibilités complémentaires de dispense, au bénéfice des salariés suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture complémentaire « frais soins de santé » souscrite par ailleurs;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Ces salariés devront solliciter par écrit leur dispense d'adhésion, en amont de l'embauche, lors de la réception de leur contrat de travail et de la notice d'information, et au plus tard dans les 7 jours calendaires suivant leur date d'embauche auprès de la Direction des ressources humaines et, pour les salariés en contrat à durée déterminée ou de mission d'une durée au moins égale à douze mois, être accompagnée du justificatif requis. Elle devra comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par son employeur des conséquences de son choix.

À défaut d'écrit et de justificatif adressé à la Direction des ressources humaines dans le délai précité, ces salariés seront obligatoirement affiliés au régime.

Article 3.4 Salariés dont le contrat de travail est suspendu

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'une indemnisation financée au moins en partie par la société, notamment au titre du régime de prévoyance.

M
W
6
JA
FB

Dans ce cas, leur société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié acquitte sa part de cotisations.

Sauf à ce que sa société soit en mesure de procéder au précompte de la cotisation, le salarié est tenu d'adresser dans les meilleurs délais un relevé d'identité bancaire au gestionnaire du régime, ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

Dans les autres hypothèses de suspension du contrat de travail, le salarié peut solliciter le maintien de la garantie. Il prend en charge, pendant cette période, l'intégralité du coût de la cotisation mentionnée à l'article 5 du présent accord (part patronale et salariale), selon les mêmes modalités que celles mentionnées au paragraphe précédent.

Article 3.5 Salariés dont le contrat de travail est rompu : portabilité

Les salariés bénéficiaires du présent régime auront droit au maintien des garanties en vigueur dans leur entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues à cet effet.

Article 4 – Garanties

Les garanties auprès de l'organisme assurant la couverture « complémentaire santé » figurent en annexe 4 du présent accord, à titre informatif.

Elles ont été convenues par les parties signataires du présent accord, lors de la négociation menée en 2016-2017 et ne sauraient constituer un engagement pour Natixis, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, les garanties figurant en annexe 4 du présent accord relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assurant la couverture « complémentaire santé », au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Toute éventuelle modification des garanties fera l'objet d'un échange préalable au sein de la commission de pilotage, prévue à l'article 9 du présent accord.

Article 5 – Cotisations

Article 5.1 Régime Complémentaire

5.1.1 Répartition de la cotisation

Les cotisations se répartissent de la façon suivante :

| | Employeur | Salarié |
|--------------------------------------|------------------|----------------|
| Complémentaire famille hors conjoint | 70% | 30% |
| Complémentaire conjoint | 0% | 100% |

M
W
JA
FB

5.1.2 Taux et structure de cotisation

La cotisation famille hors conjoint servant au financement du régime complémentaire de « remboursement de frais de santé » est calculée en fonction d'un pourcentage de la rémunération du salarié soumise à charges sociales en application de l'article L.242-1, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale étant précisé que le salaire pris en compte ne peut être inférieur à 20 000€ et supérieur à huit fois le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation famille hors conjoint. Cette cotisation couvre les salariés ainsi que leurs enfants, tels que définis par le contrat d'assurance et la notice d'information.

Les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéfice des garanties à leur conjoint (tel que défini par le contrat d'assurance et la notice d'information) et prennent alors en charge la cotisation supplémentaire afférente à cette couverture, sur le principe d'une adhésion annuelle. Cette cotisation supplémentaire est calculée en fonction d'un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2017, à 3 269 €. Il est modifié une fois par an (au 1er janvier), par voie réglementaire.

Les cotisations se structurent de la façon suivante :

| Périmètre | Régime | Assiette | Part | Taux |
|----------------------------------|------------------------------|--|-----------|---------|
| Cotisation famille hors conjoint | Complémentaire (obligatoire) | Rémunération limitée à 8 PASS, sans être inférieure à 20 000 € | Salariale | 0,643 % |
| | | | Patronale | 1,501 % |
| Conjoint | Complémentaire (facultatif) | PMSS | Salariale | 2,543 % |

Les cotisations relevant du régime Alsace Moselle bénéficient d'une minoration de 30% et se structurent de la façon suivante :

| Périmètre | Régime | Assiette | Part | Taux |
|----------------------------------|------------------------------|--|-----------|---------|
| Cotisation famille hors conjoint | Complémentaire (obligatoire) | Rémunération limitée à 8 PASS, sans être inférieure à 20 000 € | Salariale | 0,450 % |
| | | | Patronale | 1,051 % |
| Conjoint | Complémentaire (facultatif) | PMSS | Salariale | 1,780 % |

Handwritten notes and initials:
m
ov
JA
FD
8
W

Article 5.2 Régime surcomplémentaire

5.2.1 Répartition de la cotisation

Les cotisations se répartissent de la façon suivante :

| | Employeur | Salarié |
|---|-----------|---------|
| Surcomplémentaire famille hors conjoint | 50 % | 50 % |
| Surcomplémentaire Conjoint | 0 % | 100 % |

5.2.2 Taux et structure de cotisation

La cotisation famille hors conjoint servant au financement du régime surcomplémentaire de « remboursement de frais de santé » est calculée en fonction d'un pourcentage de la rémunération du salarié soumise à charges sociales en application de l'article L.242-1, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale étant précisé que le salaire pris en compte ne peut être inférieur à 20 000€ et supérieur à deux fois le PASS.

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation famille hors conjoint. Cette cotisation couvre les salariés ainsi que leurs enfants, tel que définis par le contrat d'assurance et la notice d'information.

Les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéfice des garanties à leur conjoint (tel que défini par le contrat d'assurance et la notice d'information) et prennent alors en charge la cotisation supplémentaire afférente à cette couverture, sur le principe d'une adhésion annuelle. Cette cotisation supplémentaire est calculée en fonction d'un pourcentage du PMSS.

Les cotisations se structurent de la façon suivante :

| Périmètre | Régime | Assiette | Part | Taux |
|----------------------------------|---------------------------------|--|-----------|----------|
| Cotisation famille hors conjoint | Surcomplémentaire (obligatoire) | Rémunération limitée à 8 PASS, sans être inférieure à 20 000 € | Salariale | 0,0755 % |
| | | | Patronale | 0,0755 % |
| Conjoint | Surcomplémentaire (facultatif) | PMSS | Salariale | 0,142 % |

Les cotisations relevant du régime Alsace Moselle sont identiques.

Article 6 – Evolution ultérieure des cotisations

Toute éventuelle modification des cotisations, faisant suite à une évolution réglementaire et/ou à l'évolution de l'équilibre financier du régime, fera l'objet d'un échange préalable au sein de la commission de pilotage, prévue à l'article 9 du présent accord, afin de préserver la pérennité économique du régime.

Cette évolution des cotisations donnera lieu à la révision partielle du présent accord, dans les conditions prévues à l'article 11 sous réserve que la variation des taux de cotisation soit supérieure ou égale à 6 % sur une année ou 9 % sur deux années consécutives.

Dans l'hypothèse où la variation des taux de cotisation serait inférieure à 6 % sur une année et 9 % sur deux années consécutives, les parties conviennent expressément que cette variation s'applique automatiquement, dans les mêmes conditions de répartition entre les salariés et l'employeur, sans révision du présent accord.

Article 7 – Dispositions applicables aux retraités de Natixis SA et Natixis Payment Solutions

Il est rappelé que les anciens salariés retraités de Natixis SA et Natixis Payment Solutions adhérents à la Mutuelle de Natixis bénéficient, en application de dispositions conventionnelles et pratiques unilatérales, d'une prise en charge par ces sociétés d'une partie de leur cotisation au régime de remboursement de frais de santé.

Ainsi, ces sociétés versent mensuellement à la Mutuelle de Natixis une cotisation égale à 0,60% du PMSS pour chaque ancien salarié retraité adhérent à la Mutuelle.

Les sociétés Natixis SA et Natixis Payment Solutions ont dénoncé, en date du 8 juillet 2016, l'accord de remboursement de frais de santé en vigueur.

- En conséquence, à compter du 1^{er} janvier 2018 :
- Natixis SA et Natixis Payment Solutions participeront à hauteur de 0,60% du PMSS pour chaque ancien salarié adhérent à la Mutuelle de Natixis ou à tout autre organisme qui se substituerait à elle dans le cadre d'une fusion ou d'une substitution, et ayant liquidé sa retraite au titre du régime général de la Sécurité Sociale à une date d'effet antérieure au 2 janvier 2018.
- Les sociétés Natixis SA et Natixis Payment Solutions ne participeront plus, de quelque façon que ce soit, au financement des garanties de remboursement de frais de santé de leurs anciens salariés ayant liquidé leur pension de retraite au titre du régime général de la Sécurité Sociale à une date d'effet postérieure. Ainsi, les sociétés Natixis SA et Natixis Payment Solutions ne verseront pas à la Mutuelle de Natixis la contribution précitée au profit des salariés ayant liquidé leur pension de retraite au titre du régime général de la Sécurité Sociale à une date d'effet postérieure au 1^{er} janvier 2018.

Les présentes dispositions se substituent donc aux stipulations ayant le même objet des conventions ou accords conclus antérieurement dans les entreprises comprises dans le périmètre de cet accord ainsi qu'à toute pratique unilatérale ayant le même objet.

Article 8 – Information

Article 8.1. Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, chaque société entrant dans le champ d'application de l'accord remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés des sociétés entrant dans le champ d'application de l'accord seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 8.2. Information collective

Conformément à l'article R. 2323-1-13 du Code du travail, le Comité Central d'Entreprise et le Comité d'Entreprise des sociétés comprises dans le champ d'application du présent accord seront informés et consultés préalablement à toute modification des garanties complémentaires « remboursement de frais de santé ».

Article 9 – Suivi de l'accord

Article 9.1. Commission de pilotage

Il est institué une commission de pilotage de l'accord.

La commission de pilotage est composée de deux délégations :

- une délégation « Employeur », constituée de 4 membres de la Direction,
- une délégation « Organisations Syndicales », constituée de 4 représentants par Organisation Syndicale Représentative désignés pour une durée de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2018 :
 - 2 représentants « titulaires » et 2 représentants « suppléants » par Organisation Syndicale Représentative,
 - les suppléants ne participeront aux réunions de la commission de pilotage qu'en l'absence d'un titulaire,
 - en cas de nécessité, les Organisations Syndicales Représentatives pourront modifier les désignations au cours du cycle de 3 ans.

La commission est chargée des missions suivantes :

- assurer le suivi des régimes en lien avec les organismes assureur et gestionnaire,
- formuler toutes propositions concernant leur évolution, notamment en matière de prestations et de cotisations.

Au sein de la commission de pilotage, la délégation « Organisations Syndicales » a la faculté de demander l'ouverture d'une nouvelle négociation du présent accord, afin de le modifier, en tout ou partie.

Cette faculté doit être exercée par une majorité en nombre d'Organisations Syndicales Représentatives à date, et par une majorité en nombre d'Organisations Syndicales Représentatives signataires du présent accord.

Elle donne ensuite lieu à l'engagement par une ou plusieurs Organisation(s) Syndicale(s) Représentative(s), de la procédure de révision visée à l'article 11.2.

La commission se réunira chaque semestre afin notamment d'examiner :

- au 1^{er} semestre : les résultats des régimes de l'année écoulée,
- au 2nd semestre : les budgets prévisionnels des régimes pour l'année à venir.

A cet effet, la commission étudiera sur les différents régimes et contrats (actifs, Evin, accueil, complémentaire, sur complémentaire) un certain nombre d'indicateurs, dont une liste non exhaustive est insérée à titre indicatif en annexe 3.

Le support afférent à chaque réunion de la commission, comprenant notamment lesdits indicateurs, sera transmis préalablement en respectant un délai de 15 jours calendaires.

Lors de la réunion semestrielle consacrée aux budgets prévisionnels des régimes pour l'année à venir, la délégation « Organisations Syndicales » aura la possibilité de se faire assister par un actuaire, dont la prestation et les frais associés seront pris en charge par Natixis, sur la base d'un devis validé en amont établi sur la base de 2 jours (une journée de travaux préparatoires et une journée de restitution).

Un relevé de conclusions sera établi par la Direction à l'issue de chaque réunion semestrielle.

Le temps passé au sein de la commission de pilotage (une réunion semestrielle et sa réunion préparatoire) est considéré comme du temps de travail effectif et rémunéré comme tel. Il ne s'impute pas sur les crédits d'heures de délégation dont disposent ses membres au titre de leurs autres mandats.

Les temps de trajets aller-retour pour se rendre à ces réunions sont considérés comme un temps de travail et rémunérés comme tel, sans imputation sur les crédits d'heures.

Les frais liés au déplacement des membres pour se rendre à ces réunions, sont pris en charge selon le barème en vigueur chez Natixis SA par l'entité employeur du représentant participant.

Article 9.2. Clause de rendez-vous

Les parties conviennent de réexaminer tous les 5 ans les conditions dans lesquelles les salariés bénéficient du présent régime de remboursement de frais de santé. Cet examen sera organisé au cours du semestre précédant le terme de cette période, soit, pour la première réunion, au cours du 2nd semestre 2022.

Article 10 – Mesure exceptionnelle d'accompagnement

Une augmentation exceptionnelle du salaire brut fixe de base sera allouée à tout salarié dont la nouvelle cotisation issue du présent régime complémentaire « frais soins de santé » sera supérieure à celle acquittée avant le 1^{er} janvier 2018.

Cette augmentation sera octroyée sous réserve que :

- l'intéressé soit salarié d'une des sociétés comprises dans le champ d'application du présent accord à la date du 31 décembre 2017 ainsi qu'au 30 avril 2018 ;
- le salarié soit couvert par le régime complémentaire santé de son employeur à la date du 31 décembre 2017 ainsi qu'au 30 avril 2018, à couverture d'ayant droit identique.
- Toute modification du périmètre de la cotisation entre le 31 décembre 2017 et le 30 avril 2018 conduira à utiliser pour la comparaison la cotisation hors conjoint dans le nouveau régime.
- La somme constituée du salaire fixe annuel de base brut au 31 décembre 2017 et des rémunérations variables perçues en 2017, hors intéressement et participation, soit inférieure ou égale à 80 000 € ;

- La cotisation salariale au titre du nouveau régime complémentaire « frais soins de santé » Natixis soit supérieure à la cotisation salariale au titre du régime complémentaire « frais soins de santé » en vigueur dans l'entreprise. La comparaison entre les anciennes et les nouvelles cotisations sera effectuée sur la base du salaire fixe annuel brut de base au 31 décembre 2017 et des rémunérations variables perçues en 2017.

L'augmentation exceptionnelle du salaire brut fixe annuel de base sera égale à l'écart de cotisation définie ci-dessus, sur la base d'une rémunération brute 2017 plafonnée à 70 000 € bruts.

Pour tenir compte des charges sociales salariales, le montant de cette augmentation exceptionnelle sera majorée de 20 %.

Cette augmentation sera applicable avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2018.

Article 11 – Durée – révision –dénonciation

Article 11.1. Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2018.

Article 11.2. Révision et dénonciation de l'accord

Le présent accord pourra être révisé dans les conditions suivantes :

- Conformément aux dispositions légales, les personnes visées à l'article L.2261-7-1 du Code du travail peuvent à tout moment demander la révision de tout ou partie du présent accord, en adressant par lettre recommandée avec accusé de réception, un document exposant les motifs de la demande, l'indication des dispositions à réviser et la proposition de texte(s) de remplacement ;
- Dans un délai maximum d'un mois suivant la réception de ce courrier, les parties et / ou les Organisations Syndicales Représentatives habilitées à réviser l'accord ouvrent une négociation en vue de la révision des dispositions de l'accord ;
- En cas de signature d'un avenant de révision, les dispositions de l'avenant de révision se substitueront de plein droit à celles de l'accord initial à la date expressément prévue ou, à défaut, à la date du jour suivant le dépôt de l'avenant selon l'article L.2261-1 du Code du travail.

Le présent accord pourra être dénoncé conformément aux dispositions légales en vigueur.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties et de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance collectif.

Article 12 – Dépôt et publicité

Le présent accord sera déposé :

- en deux exemplaires à la Direction Régionale de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi d'Ile de France dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique,
- et en un exemplaire au Conseil de Prud'hommes de Paris.

Il sera porté à la connaissance de l'ensemble des salariés concomitamment à la procédure de dépôt.

M
JA
FD
13

Fait à Paris, le 19 octobre 2017

En 8 exemplaires

**Pour la Direction de NATIXIS SA et ses filiales,
Madame , Directrice des Ressources Humaines de Natixis**



Pour les Organisations Syndicales Représentatives de Natixis et ses filiales,

ANNEXE 1 : Champ d'application du présent accord

NATIXIS SA

Pôle Services Financiers Spécialisés :

Natixis Interépargne
Natixis Intertitres
Natixis Factor
Natixis Financement
Compagnie Européenne de garanties et cautions (CEGC)
Natixis Lease
Natixis Car Lease
Natixis Payment Solutions
Natixis Coficiné
Media Consulting Investment (MCI)

Pôle Épargne :

BPCE Vie
BPCE Relation Assurances
BPCE Assurances
BPCE APS
AEW Ciloger
Banque Privée 1818
1818 Immobilier
Sélection 1818
Vega Investment Managers
Natixis Asset Management (NAM)
Natixis Global Asset Management SA (NGAM)
Natixis Asset Management Finance
NGAM Distribution (Établissement Français)
Axeltis
Mirova
Mirova Althelia
Seeyond
Euro Private Equity France
Naxicap Partners
Seventure Partners
Alliance Entreprendre

Sous réserve de l'intégration de ces entités au sein de l'UES « NGAM »

Handwritten notes:
M
W
JA FB
L
W
A

ANNEXE 2 :
Liste des accords collectifs, accords référendaires et décisions unilatérales substitués par le présent accord

NATIXIS SA : Accord relatif à l'harmonisation d'un régime obligatoire de couverture complémentaire santé en date du 19 mai 2010

Natixis Interépargne : Accord collectif d'entreprise instituant un régime complémentaire « frais de santé » en date du 25 novembre 2013

Natixis Intertitres : Accord collectif d'entreprise instituant un régime complémentaire « frais de santé » en date du 6 janvier 2014

Avenant n° 1 à l'accord collectif d'entreprise instituant un régime complémentaire « frais de santé » en date du 18 décembre 2015

Natixis Factor : Accord collectif d'entreprise Natixis Factor instituant une garantie complémentaire de remboursement de frais de santé en date du 14 février 2008 et ses avenants successifs

Natixis Financement : Décision unilatérale de l'employeur en date du 5 janvier 2009

Compagnie Européenne de garanties et cautions (CEGC) : dispositions relatives au régime frais de santé dans l'Accord relatif à la protection sociale au sein de la société CEGI en date du 7 octobre 2008

Natixis Lease : Accord collectif d'entreprise instituant une garantie complémentaire de remboursement de frais de santé en date du 23 décembre 2009

Natixis Car Lease : Accord instituant un régime de remboursement des frais de santé à caractère collectif et obligatoire par procédure référendaire auprès de l'IPSEC à compter du 1^{er} janvier 2013 en date du 12 octobre 2012

Natixis Payment Solutions : Accord relatif à l'harmonisation d'un régime obligatoire de couverture complémentaire santé en date du 19 mai 2010

Natixis Coficiné et Media Consulting Investment (MCI) : Décision unilatérale modifiant le régime de complémentaire obligatoire de remboursement de frais de santé en date du 1^{er} janvier 2014

AEW : Accord collectif d'UES instituant une garantie complémentaire de remboursement de frais de santé en date du 13 novembre 2012

UES Banque Privée 1818 : Décision unilatérale de l'employeur modifiant la garantie complémentaire de remboursement de frais médicaux en date du 1^{er} janvier 2016

CILOGER : Décision unilatérale relative au régime de frais de santé surcomplémentaire au sein de la société CILOGER en date du 20 mai 2016 ; décision unilatérale relative au régime de frais de santé surcomplémentaire au sein de la société CILOGER en date du 20 mai 2016 (modification et adoption d'une décision unilatérale relative aux frais de santé au sein de la société CILOGER, conformément aux dispositions de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale)

UES NAM : Dispositions relatives au régime de remboursement de frais de santé dans l'Accord relatif au régime de prévoyance sociale (couverture complémentaire frais de santé et prévoyance) pour les entités de l'UES – NAM, NAM FINANCE, NGAM, NGAM DISTRIBUTION, AXELTIS ET NFEF, en date du 14 mai 2013

Euro Private Equity France (ex Dahlia Partners) : Décision unilatérale de l'employeur relative au régime de remboursement de frais de santé en date du 28 mars 2014

Naxicap Partners : Décision unilatérale de l'employeur relative au régime de remboursement de « frais de santé » en date 27 juin 2014

Seventure Partners : Décision unilatérale de l'employeur relative au régime de remboursement de frais de santé en date du 26 juin 2014

Alliance Entreprendre : Accord relatif au remboursement des frais de santé en date du 7 décembre 2015

ANNEXE 3 : Liste indicative des indicateurs de suivi prévus à l'article 9.1

Indicateurs pour le suivi du régime :

- Cartographie des populations couvertes : pyramides des âges pour chacune des populations couvertes, composition familiale
- Evolution de l'assiette de cotisations
- Consommation moyenne par personne protégée, par catégorie (salariés, enfants, conjoints, anciens salariés) et par âge
- Consommation par acte et par poste de soins
- Dépense moyenne par acte
- Dépenses hors et dans le réseau de soins
- Analyse des restes à charge par acte (moyens, médians et maximums) et des taux de couverture
- Analyse des fonctions de dispersion (ou de répartition) des dépenses comparées au niveau de garanties
- Coût moyen et fréquence moyenne par acte et par poste
- Coût technique par poste
- Ratio sinistre/prime par régime
- « Ligne à ligne » des remboursements frais de santé au regard des dépenses engagées

Indicateurs de gestion :

- Effectifs gérés et volumes de demandes (nombre de salariés, nombre de bénéficiaires, nombre de demandes donnant lieu à un traitement manuel, nombre de décomptes traités en automatique)
- Nombre d'appels téléphoniques
- Nombre de réponses apportées au regard du nombre d'appels téléphoniques
- Durée d'attente moyenne lors d'un appel téléphonique
- Temps moyen par appel téléphonique
- Délai moyen pour une adhésion au régime
- Délai moyen pour une analyse de devis
- Délai moyen pour une prise en charge
- Délai moyen pour une prise en charge manuelle
- Statistiques sur l'utilisation des services : accès à l'espace assuré, application mobile

ANNEXE 4 : Contenu des garanties à la date de signature du présent accord

- Régime général complémentaire
- Régime Alsace Lorraine complémentaire
- Régime surcomplémentaire

M J W
N JA FB

Contrat E02121130ENS

Base obligatoire

Régime général
Garantie responsable

| | Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|--|----------------------|--|---|---|
| HOSPITALISATION | | | | |
| Frais de séjour en secteur conventionné | 80% B.R. | F.R. | F.R. | |
| Frais de séjour en secteur non conventionné | 80% B.R. | 90% F.R. limité à 250 € / jour avec un minimum de 20% B.R. | 90% F.R. limité à 250 € par jour avec un minimum de 100% B.R. | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation | 80% B.R. | 120% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation | 80% B.R. | 400% B.R. | 480% B.R. | |
| Participation assuré | Néant | F.R. | F.R. | Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. |
| Forfait journalier hospitalier | Néant | F.R. | F.R. | |
| Chambre particulière avec nuitée | Néant | 3% P.M.S.S. / jour | 3% P.M.S.S. / jour | Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Maternité. Durée limitée à : - 60 jours par séjour et par bénéficiaire en Chirurgie, - 60 jours par année civile et par bénéficiaire en Médecine et Psychiatrie, - 30 jours par année civile et par bénéficiaire en Soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...). |
| Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie | Néant | 1.2% P.M.S.S. / jour | 1.2% P.M.S.S. / jour | Hors box d'hospitalisation (structure ouverte pouvant être individualisée). |
| Frais d'accompagnant | Néant | 1.5% P.M.S.S. / jour | 1.5% P.M.S.S. / jour | Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée limitée à 15 jours par année civile et par bénéficiaire. |
| Transports prescrits remboursés par le R.O. | 65% B.R. | 130% B.R. | 195% B.R. | |
| SOINS MEDICAUX COURANTS | | | | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Consultations, visites des médecins généralistes | 70% B.R. | 130% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins généralistes Sages-femmes | 60% B.R. ou 70% B.R. | 240% B.R. ou 230% B.R. | 300% B.R. | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Consultations, visites des médecins spécialistes | 70% B.R. | 130% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins spécialistes hors anesthésistes | 70% B.R. | 280% B.R. | 350% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins anesthésistes | 70% B.R. | 400% B.R. | 470% B.R. | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin | 70% B.R. | 130% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin | 70% B.R. | 280% B.R. | 350% B.R. | |

Contrat E02121130ENS

Base obligatoire

Régime général

Garantie responsable

| | Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|--|--------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| SOINS MÉDICAUX COURANTS | | | | |
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler | 70% B.R. | 130% B.R. | 200% B.R. | |
| <i>Autres praticiens</i> Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler | 70% B.R. | 230% B.R. | 300% B.R. | |
| Participation assuré | Néant | F.R. | F.R. | Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. |
| Examens de biologie médicale remboursés par le R.O. | 60% B.R. | 90% B.R. | 150% B.R. | |
| Examens de biologie médicale non remboursés par le R.O. | Néant | 80% F.R. | 80% F.R. | Limité à 250 € par année civile et par bénéficiaire. |
| Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues | 60% B.R. | 90% B.R. | 150% B.R. | |
| Chiropracteurs, ostéopathes | Néant | 80% F.R. limité à 45 € | 80% F.R. limité à 45 € | Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI. |
| Psychologue pour enfant | Néant | 40 € | 40 € | Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire. Moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI. |
| Bilan psychomoteur pour enfant | Néant | 100 € | 100 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. Moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI. |
| Cures thermales remboursées par le R.O. : soins, transport, hébergement | 65% B.R. | 270 € | 65% B.R. + 270 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. Pour le transport et l'hébergement non remboursés par le R.O., versé sur présentation de justificatifs de dépenses. |
| PHARMACIE | | | | |
| Pharmacie à 65% | 65% B.R. | 35% B.R. | 100% B.R. | |
| Pharmacie à 30% | 30% B.R. | 70% B.R. | 100% B.R. | |
| Pharmacie à 15% | 15% B.R. | 85% B.R. | 100% B.R. | |
| Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O. hors arrêt du tabac et pilules contraceptives | Néant | 90% F.R. | 90% F.R. | Limité à 200 € par année civile et par bénéficiaire. |
| Arrêt du tabac prescrit | 150 € | 130 € | 280 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. Traitement délivré en pharmacie remboursé ou non par le R.O. et acupuncteurs (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI). Cigarette électronique exclue. |
| Pilules contraceptives prescrites non remboursées par le R.O. | Néant | 160 € | 160 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| OPTIQUE | | | | |
| Limité à : - 1 monture et 2 verres sur 2 ans (de date à date) pour les adultes (plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date). - 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date) pour les enfants (moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins). La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement. | | | | |
| Adulte – plus de 18 ans (âge apprécié à la date des soins) | | | | |
| Monture adulte | 60% B.R. | 150 € | 60% B.R. + 150 € | Forfait par monture et par bénéficiaire. |
| Verres unifocaux adulte | | | | |
| Sphériques adulte | | | | |
| Sphère de -6 à +6 | 60% B.R. | 100 € | 60% B.R. + 100 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2203240, 2287916. |
| Sphère de -6.25 à -10 ou de +6.25 à +10 | 60% B.R. | 140 € | 60% B.R. + 140 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330. |
| Sphère < -10 ou > +10 | 60% B.R. | 200 € | 60% B.R. + 200 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2235776 ? 2295896. |

Contrat E02121130ENS
Base obligatoire
 Régime général
 Garantie responsable

| | Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|--|--------------------|---------------------|------------------------------|---|
| OPTIQUE | | | | |
| Limité à : - 1 monture et 2 verres sur 2 ans (de date à date) pour les adultes (plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date). - 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date) pour les enfants (moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins). La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement. | | | | |
| Sphéro-cylindriques adulte | | | | |
| Cylindre < 4, sphère de -6 à +6 | 60% B.R. | 110 € | 60% B.R. + 110 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2259966, 2226412. |
| Cylindre < 4, sphère < -6 ou > +6 | 60% B.R. | 160 € | 60% B.R. + 160 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2284527, 2254868. |
| Cylindre > +4, sphère de -6 à +6 | 60% B.R. | 160 € | 60% B.R. + 160 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2212976, 2252668. |
| Cylindre > +4, sphère < -6 ou > +6 | 60% B.R. | 230 € | 60% B.R. + 230 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2288519, 2299523. |
| Verres progressifs adulte | | | | |
| Sphériques adulte | | | | |
| Sphère de -4 à +4 | 60% B.R. | 240 € | 60% B.R. + 240 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2290396, 2291183. |
| Sphère < -4 ou > +4 | 60% B.R. | 330 € | 60% B.R. + 330 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2245384, 2295198. |
| Sphéro-cylindriques adulte | | | | |
| Sphère de -8 à +8 | 60% B.R. | 280 € | 60% B.R. + 280 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2227038, 2299180. |
| Sphère < -8 ou > +8 | 60% B.R. | 350 € | 60% B.R. + 350 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2202239, 2252042. |
| Enfant – moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins) | | | | |
| Monture enfant | 60% B.R. | 100 € | 60% B.R. + 100 € | Forfait par monture et par bénéficiaire. |
| Verres unifocaux enfant | | | | |
| Sphériques enfant | | | | |
| Sphère de -6 à +6 | 60% B.R. | 80 € | 60% B.R. + 80 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2261874, 2242457. |
| Sphère de -6.25 à -10 ou de +6.25 à +10 | 60% B.R. | 120 € | 60% B.R. + 120 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2243540, 2243304, 2291088, 2297441. |
| Sphère < -10 ou > +10 | 60% B.R. | 170 € | 60% B.R. + 170 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2273854, 2248320. |
| Sphéro-cylindriques enfant | | | | |
| Cylindre < 4, sphère de -6 à +6 | 60% B.R. | 90 € | 60% B.R. + 90 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2200393, 2270413. |
| Cylindre < 4, sphère < -6 ou > +6 | 60% B.R. | 140 € | 60% B.R. + 140 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2283953, 2219381. |
| Cylindre > +4, sphère de -6 à +6 | 60% B.R. | 140 € | 60% B.R. + 140 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2238941, 2268385. |
| Cylindre > +4, sphère < -6 ou > +6 | 60% B.R. | 200 € | 60% B.R. + 200 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2245036, 2206800. |
| Verres progressifs enfant | | | | |
| Sphériques enfant | | | | |
| Sphère de -4 à +4 | 60% B.R. | 210 € | 60% B.R. + 210 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2259245, 2264045. |
| Sphère < -4 ou > +4 | 60% B.R. | 290 € | 60% B.R. + 290 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2238792, 2202452. |
| Sphéro-cylindriques enfant | | | | |
| Sphère de -8 à +8 | 60% B.R. | 250 € | 60% B.R. + 250 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2240671, 2282221. |
| Sphère < -8 ou > +8 | 60% B.R. | 310 € | 60% B.R. + 310 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2234239, 2259660. |
| Autres prestations sur verres remboursées par le R.O. : prismes et filtres | | | | |
| Lentilles prescrites remboursées par le R.O. | 60% B.R. | 40% B.R. + 400 € | 100% B.R. + 400 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| Lentilles prescrites non remboursées par le R.O. | Néant | 300 € | 300 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| Traitement correctif de la vision | Néant | 1200 € | 1200 € | Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire. |

Contrat E02121130ENS

Base obligatoire

Régime général

Garantie responsable

| | Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|--|-----------------------|------------------------|---------------------|---|
| DENTAIRE | | | | |
| Sauf les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle | | | | |
| Consultations, soins, radiographies en secteur conventionné | 70% B.R. | 30% B.R. | 100% B.R. | |
| Consultations, soins, radiographies en secteur non conventionné | 70% B.R. | 30% B.R. | 100% B.R. | B.R. reconstituée. |
| Inlays, onlays | 70% B.R. | 230% B.R. | 300% B.R. | |
| Prothèses dentaires remboursées par le R.O. | 70% B.R. | 580% B.R. | 650% B.R. | |
| Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. (hors implantologie) | Néant | 200 € | 200 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| Orthodontie remboursée par le R.O. | 70% B.R. ou 100% B.R. | 430% B.R. ou 400% B.R. | 500% B.R. | |
| Orthodontie non remboursée par le R.O. | Néant | 400% B.R. | 400% B.R. | B.R. reconstituée. Limité à 4 semestres de traitement par bénéficiaire. |
| Pose de l'implant et du pilier implantaire | Néant | 1250 € | 1250 € | Forfait par dent traitée. Limité à 3 dents traitées par année civile et par bénéficiaire. |
| Parodontologie | Néant | 800 € | 800 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| PROTHÈSES, ACOUSTIQUE, APPAREILLAGE | | | | |
| Appareillage, orthopédie | 60% B.R. | 440% B.R. | 500% B.R. | |
| Prothèses auditives | 60% B.R. | 40% B.R. + 1300 € | 100% B.R. + 1300 € | Achat, entretien et réparation. Forfait par oreille et par bénéficiaire. |
| Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein) | 100% B.R. | 400% B.R. | 500% B.R. | |
| Achat véhicule pour personne handicapée | 100% B.R. | 400% B.R. | 500% B.R. | |
| NAISSANCE | | | | |
| Prime de naissance ou d'adoption | Néant | 600 € | 600 € | Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance. |
| ADRÉA Assistance : voir notice d'informations. | | | | |
| Tous les actes de prévention pris en charge par le R.O. sont remboursés à 100% B.R. | | | | |

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

F.R. = Frais Réels

R.O. = Régime Obligatoire

P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 3 269 € au 01/01/2017)

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre A.L.D. ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Handwritten signatures and initials: W, JA, FD, and others.

Contrat E02121130ENS

Base obligatoire

Régime Alsace Moselle

Garantie responsable

| | Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|--|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| HOSPITALISATION | | | | |
| Frais de séjour en secteur conventionné | 100% B.R. | F.R. | F.R. | |
| Frais de séjour en secteur non conventionné | 100% B.R. | 90% F.R. limité à 250 € / jour | 90% F.R. limité à 250 € / jour | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation | 100% B.R. | 100% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation | 100% B.R. | 380% B.R. | 480% B.R. | |
| Participation assuré | F.R. | Néant | F.R. | Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. |
| Forfait journalier hospitalier | F.R. | Néant | F.R. | |
| Chambre particulière avec nuitée | Néant | 3% P.M.S.S. / jour | 3% P.M.S.S. / jour | Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Maternité. Durée limitée à : - 60 jours par séjour et par bénéficiaire en Chirurgie, - 60 jours par année civile et par bénéficiaire en Médecine et Psychiatrie, - 30 jours par année civile et par bénéficiaire en Soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...). |
| Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie | Néant | 1.2% P.M.S.S. / jour | 1.2% P.M.S.S. / jour | Hors box d'hospitalisation (structure ouverte pouvant être individualisée). |
| Frais d'accompagnant | Néant | 1.5% P.M.S.S. / jour | 1.5% P.M.S.S. / jour | Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée limitée à 15 jours par année civile et par bénéficiaire. |
| Transports prescrits remboursés par le R.O. | 100% B.R. | 95% B.R. | 195% B.R. | |
| SOINS MÉDICAUX COURANTS | | | | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Consultations, visites des médecins généralistes | 90% B.R. | 110% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins généralistes Sages-femmes | 90% B.R. | 210% B.R. | 300% B.R. | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Consultations, visites des médecins spécialistes | 90% B.R. | 110% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins spécialistes hors anesthésistes | 90% B.R. | 260% B.R. | 350% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins anesthésistes | 90% B.R. | 380% B.R. | 470% B.R. | |
| <u>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin | 90% B.R. | 110% B.R. | 200% B.R. | |
| <u>Autres praticiens</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin | 90% B.R. | 260% B.R. | 350% B.R. | |

Contrat E02121130ENS

Base obligatoire

Régime Alsace Moselle
Garantie responsable

| Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|--------------------|----------------|---------------------|-----------|
|--------------------|----------------|---------------------|-----------|

SOINS MÉDICAUX COURANTS

| | | | | |
|---|----------|---------------------------|---------------------------|--|
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler | 90% B.R. | 110% B.R. | 200% B.R. | |
| <i>Autres praticiens</i> Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler | 90% B.R. | 210% B.R. | 300% B.R. | |
| Participation assuré | F.R. | Néant | F.R. | Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. |
| Examens de biologie médicale remboursés par le R.O. | 90% B.R. | 60% B.R. | 150% B.R. | |
| Examens de biologie médicale non remboursés par le R.O. | Néant | 80% F.R. | 80% F.R. | Limité à 250 € par année civile et par bénéficiaire. |
| Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues | 90% B.R. | 60% B.R. | 150% B.R. | |
| Chiropracteurs, ostéopathes | Néant | 80% F.R. limité à 45 € | 80% F.R. limité à 45 € | Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI. |
| Psychologue pour enfant | Néant | 40 € | 40 € | Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire. Moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI. |
| Bilan psychomoteur pour enfant | Néant | 100 € | 100 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. Moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI. |
| Cures thermales remboursées par le R.O. : soins, transport, hébergement | 90% B.R. | 270 € | 90% B.R. + 270 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. Pour le transport et l'hébergement non remboursés par le R.O., versé sur présentation de justificatifs de dépenses. |

PHARMACIE

| | | | | |
|--|----------|----------|-----------|---|
| Pharmacie à 90% | 90% B.R. | 10% B.R. | 100% B.R. | |
| Pharmacie à 80% | 80% B.R. | 20% B.R. | 100% B.R. | |
| Pharmacie à 15% | 15% B.R. | 85% B.R. | 100% B.R. | |
| Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O. hors arrêt du tabac et pilules contraceptives | Néant | 90% F.R. | 90% F.R. | Limité à 200 € par année civile et par bénéficiaire. |
| Arrêt du tabac prescrit | 150 € | 130 € | 280 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. Traitement délivré en pharmacie remboursé ou non par le R.O. et acupuncteurs (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI). Cigarette électronique exclue. |
| Pilules contraceptives prescrites non remboursées par le R.O. | Néant | 160 € | 160 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |

OPTIQUE

Limité à :
- 1 monture et 2 verres sur 2 ans (de date à date) pour les adultes (plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date).
- 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date) pour les enfants (moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins).
La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.

Adulte – plus de 18 ans (âge apprécié à la date des soins)

| | | | | |
|---|----------|-------|---------------------|--|
| Monture adulte | 90% B.R. | 150 € | 90% B.R. + 150 € | Forfait par monture et par bénéficiaire. |
| Verres unifocaux adulte | | | | |
| Sphériques adulte | | | | |
| Sphère de -6 à +6 | 90% B.R. | 100 € | 90% B.R. + 100 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2203240, 2287916. |
| Sphère de -6.25 à -10 ou de +6.25 à +10 | 90% B.R. | 140 € | 90% B.R. + 140 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330. |
| Sphère < -10 ou > +10 | 90% B.R. | 200 € | 90% B.R. + 200 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2235776 ? 2295896. |

Contrat E02121130ENS

Base obligatoire

Régime Alsace Moselle
Garantie responsable

| Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|--------------------|----------------|---------------------|-----------|
|--------------------|----------------|---------------------|-----------|

OPTIQUE

Limité à :

- 1 monture et 2 verres sur 2 ans (de date à date) pour les adultes (plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date).
 - 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date) pour les enfants (moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins).
- La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.

Sphéro-cylindriques adulte

| | | | | |
|------------------------------------|----------|-------|-----------------------------|---|
| Cylindre < 4, sphère de -6 à +6 | 90% B.R. | 110 € | 90% B.R. + 110 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2259966, 2226412. |
| Cylindre < 4, sphère < -6 ou > +6 | 90% B.R. | 160 € | 90% B.R. + 160 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2284527, 2254868. |
| Cylindre > +4, sphère de -6 à +6 | 90% B.R. | 160 € | 90% B.R. + 160 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2212976, 2252668. |
| Cylindre > +4, sphère < -6 ou > +6 | 90% B.R. | 230 € | 90% B.R. + 230 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2288519, 2299523. |

Verres progressifs adulte

Sphériques adulte

| | | | | |
|---------------------|----------|-------|-----------------------------|---|
| Sphère de -4 à +4 | 90% B.R. | 240 € | 90% B.R. + 240 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2290396, 2291183. |
| Sphère < -4 ou > +4 | 90% B.R. | 330 € | 90% B.R. + 330 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2245384, 2295198. |

Sphéro-cylindriques adulte

| | | | | |
|---------------------|----------|-------|-----------------------------|---|
| Sphère de -8 à +8 | 90% B.R. | 280 € | 90% B.R. + 280 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2227038, 2299180. |
| Sphère < -8 ou > +8 | 90% B.R. | 350 € | 90% B.R. + 350 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2202239, 2252042. |

Enfant – moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins)

| | | | | |
|----------------|----------|-------|-----------------------------|--|
| Monture enfant | 90% B.R. | 100 € | 90% B.R. + 100 € | Forfait par monture et par bénéficiaire. |
|----------------|----------|-------|-----------------------------|--|

Verres unifocaux enfant

Sphériques enfant

| | | | | |
|---|----------|-------|-----------------------------|---|
| Sphère de -6 à +6 | 90% B.R. | 80 € | 90% B.R. + 80 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2261874, 2242457. |
| Sphère de -6.25 à -10 ou de +6.25 à +10 | 90% B.R. | 120 € | 90% B.R. + 120 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2243540, 2243304, 2291088, 2297441. |
| Sphère < -10 ou > +10 | 90% B.R. | 170 € | 90% B.R. + 170 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2273854, 2248320. |

Sphéro-cylindriques enfant

| | | | | |
|------------------------------------|----------|-------|-----------------------------|---|
| Cylindre < 4, sphère de -6 à +6 | 90% B.R. | 90 € | 90% B.R. + 90 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2200393, 2270413. |
| Cylindre < 4, sphère < -6 ou > +6 | 90% B.R. | 140 € | 90% B.R. + 140 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2283953, 2219381. |
| Cylindre > +4, sphère de -6 à +6 | 90% B.R. | 140 € | 90% B.R. + 140 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2238941, 2268385. |
| Cylindre > +4, sphère < -6 ou > +6 | 90% B.R. | 200 € | 90% B.R. + 200 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2245036, 2206800. |

Verres progressifs enfant

Sphériques enfant

| | | | | |
|---------------------|----------|-------|-----------------------------|---|
| Sphère de -4 à +4 | 90% B.R. | 210 € | 90% B.R. + 210 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2259245, 2264045. |
| Sphère < -4 ou > +4 | 90% B.R. | 290 € | 90% B.R. + 290 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2238792, 2202452. |

Sphéro-cylindriques enfant

| | | | | |
|---------------------|----------|-------|-----------------------------|---|
| Sphère de -8 à +8 | 90% B.R. | 250 € | 90% B.R. + 250 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2240671, 2282221. |
| Sphère < -8 ou > +8 | 90% B.R. | 310 € | 90% B.R. + 310 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2234239, 2259660. |

Autres prestations sur verres remboursées par le R.O. : prismes et filtres

| | | | | |
|--|----------|---------------------|------------------------------|--|
| Lentilles prescrites remboursées par le R.O. | 90% B.R. | 10% B.R. + 400 € | 100% B.R. + 400 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| Lentilles prescrites non remboursées par le R.O. | Néant | 300 € | 300 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| Traitement correctif de la vision | Néant | 1200 € | 1200 € | Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire. |

Contrat E02121130ENS

Base obligatoire

Régime Alsace Moselle
Garantie responsable

| | Régime obligatoire | ADRÉA Mutuelle | REMBOURSEMENT TOTAL | Remarques |
|---|-----------------------|------------------------|---------------------|--|
| DENTAIRE | | | | |
| Sauf les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle | | | | |
| Consultations, soins, radiographies en secteur conventionné | 90% B.R. | 10% B.R. | 100% B.R. | |
| Consultations, soins, radiographies en secteur non conventionné | 90% B.R. | 10% B.R. | 100% B.R. | B.R. reconstituée. |
| Inlays, onlays | 90% B.R. | 210% B.R. | 300% B.R. | |
| Prothèses dentaires remboursées par le R.O. | 90% B.R. | 560% B.R. | 650% B.R. | |
| Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. (hors implantologie) | Néant | 200 € | 200 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| Orthodontie remboursée par le R.O. | 90% B.R. ou 100% B.R. | 410% B.R. ou 400% B.R. | 500% B.R. | |
| Orthodontie non remboursée par le R.O. | Néant | 400% B.R. | 400% B.R. | B.R. reconstituée. Limité à 4 semestres de traitement par bénéficiaire. |
| Pose de l'implant et du pilier implantaire | Néant | 1250 € | 1250 € | Forfait par dent traitée. Limité à 3 dents traitées par année civile et par bénéficiaire. |
| Parodontologie | Néant | 800 € | 800 € | Forfait par année civile et par bénéficiaire. |
| PROTHÈSES, ACOUSTIQUE, APPAREILLAGE | | | | |
| Appareillage, orthopédie | 90% B.R. | 410% B.R. | 500% B.R. | |
| Prothèses auditives | 90% B.R. | 10% B.R. + 1300 € | 100% B.R. + 1300 € | Achat, entretien et réparation. Forfait par oreille et par bénéficiaire. |
| Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein) | 100% B.R. | 400% B.R. | 500% B.R. | |
| Achat véhicule pour personne handicapée | 100% B.R. | 400% B.R. | 500% B.R. | |
| NAISSANCE | | | | |
| Prime de naissance ou d'adoption | Néant | 600 € | 600 € | Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance. |
| ADRÉA Assistance : voir notice d'informations. Tous les actes de prévention pris en charge par le R.O. sont remboursés à 100% B.R. | | | | |

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

F.R. = Frais Réels

R.O. = Régime Obligatoire

P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 3 269 € au 01/01/2017)

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Contrat E02121130ENO
 Surcomplémentaire
 obligatoire
 Garantie non responsable

| ADRÉA Mutuelle | Remarques |
|-------------------|-----------|
|-------------------|-----------|

| HOSPITALISATION | | |
|--|-------------|---|
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Dépassements honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation | + 280% B.R. | |
| SOINS MÉDICAUX COURANTS | | |
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Dépassements consultations, visites des médecins généralistes | + 100% B.R. | |
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Dépassements consultations, visites des médecins spécialistes hors anesthésistes | + 150% B.R. | |
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Dépassements consultations, visites des médecins anesthésistes | + 270% B.R. | |
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Dépassements actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin | + 150% B.R. | |
| <i>Praticiens n'ayant pas adhéré à un D.P.T.M.</i> Dépassements Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM, ...) remboursés par le R.O. - Echographie ou doppler remboursés par le R.O. | + 100% B.R. | |
| OPTIQUE | | |
| Adulte – plus de 18 ans (âge apprécié à la date des soins) | | |
| Sphéro-cylindriques adulte | | |
| Sphère < -8 ou > +8 | + 100 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2202239, 2252042. |
| Enfant – moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins) | | |
| Sphéro-cylindriques enfant | | |
| Sphère < -8 ou > +8 | + 100 € | Forfait par verre et par bénéficiaire. codes LPP : 2234239, 2259660. |

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur (voir Annexe « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

M
 W
 ADREA
 mutuelle
 W JA FD
 AB