

**AVENANT N°2 DU 15 JUILLET 2015 A L'ACCORD DE GROUPE  
RELATIF A LA COMPLEMENTAIRE SANTE DU 11 FEVRIER 2013**

**Entre le groupe de sociétés ci-après :**

- TOTAL S.A.
- ELF EXPLORATION PRODUCTION S.A.S.
- TOTAL EXPLORATION PRODUCTION FRANCE S.A.S.
- TOTAL GLOBAL SERVICES S.A.S
- ELF AQUITAINE S.A.
- TOTAL MARKETING SERVICES S.A.
- TOTAL MARKETING FRANCE S.A.S
- TOTAL FLUIDES S.A.S.
- TOTAL ADDITIFS ET CARBURANTS SPECIAUX S.A.S.
- TOTAL LUBRIFIANTS S.A.
- TOTAL RAFFINAGE CHIMIE S.A.
- TOTAL PETROCHEMICALS FRANCE S.A.
- TOTAL RAFFINAGE FRANCE S.A.S

**représenté par Monsieur Patrice LE CLOAREC**, Directeur des Relations Sociales Groupe,  
ayant reçu mandat de toutes les Sociétés susvisées pour la conclusion du présent avenant

d'une part,

**et les Organisations Syndicales représentatives au périmètre de ce groupe de sociétés :**

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL – CFDT

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT CGC – CFE-CGC

CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL – CGT

SYNDICAT DES INGÉNIEURS CADRES TECHNICIENS AGENTS DE MAÎTRISE ET EMPLOYÉS –  
SICTAME-UNSA

*KL*

d'autre part

*T. H.*      *BA*

## Préambule

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 a rendu obligatoire la mise en place, pour tous les salariés, d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé, dont le niveau minimal des garanties (panier de soins) est déterminé par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014.

Parallèlement, les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture doivent être conformes aux prescriptions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des textes pris en application de ces dispositions relatifs au cahier des charges des contrats d'assurance maladie complémentaires, dits responsables, afin notamment de bénéficier du régime social et fiscal de faveur applicable au financement des garanties frais de santé.

Cette réglementation a été modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale n°2013-1203 du 23 décembre 2013 et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, « afin de limiter les restes à charge importants et éviter la solvabilisation de pratiques tarifaires excessives qui contribuent à la dérive de certains soins ». <sup>1</sup> Cette réforme fixe les planchers et plafonds de garanties applicables aux « contrats responsables ».

Le nouveau cahier des charges du contrat responsable entre en vigueur à compter du 1er avril 2015 pour les contrats d'assurance souscrits ou renouvelés à compter de cette date.

Conformément à l'engagement pris dans le protocole d'accord relatif aux salaires 2015 du 17 décembre 2014 d'ouvrir une négociation dès le 1<sup>er</sup> semestre 2015 afin de faire évoluer le régime complémentaire santé issu de l'accord de groupe du 11 février 2013, le présent avenant a été conclu afin de :

- mettre en conformité au 1<sup>er</sup> janvier 2016 les garanties du régime complémentaire santé (DACO et DAIF) avec les nouvelles dispositions législatives et réglementaires,
- améliorer certaines garanties dans le respect des plafonds de prise en charge fixés par le cahier des charges du contrat responsable,
- proposer une couverture surcomplémentaire, dans le cadre d'un contrat collectif juridiquement distinct, à adhésion individuelle et facultative, permettant notamment de conserver un niveau de garanties globalement équivalent pour un coût comparable au dispositif en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015.

Il a, en conséquence, été décidé de modifier l'accord de groupe relatif à la complémentaire santé du 11 février 2013 (ci-après « l'accord ») dans les conditions suivantes :



---

<sup>1</sup> Source : exposé des motifs de l'article 45 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, n°1412



## **Article 1** **Champ d'application**

---

Les sociétés entrant dans le périmètre de l'accord, défini à l'article 2, sont les suivantes :

- TOTAL S.A.
- ELF EXPLORATION PRODUCTION S.A.S.
- TOTAL GLOBAL SERVICES S.A.S
- ELF AQUITAINE S.A.
- TOTAL EXPLORATION PRODUCTION FRANCE S.A.S.
- TOTAL MARKETING SERVICES S.A.
- TOTAL MARKETING FRANCE S.A.S
- TOTAL FLUIDES S.A.S.
- TOTAL ADDITIFS ET CARBURANTS SPECIAUX S.A.S.
- TOTAL LUBRIFIANTS S.A.
- TOTAL RAFFINAGE CHIMIE S.A.
- TOTAL PETROCHEMICALS FRANCE S.A.
- TOTAL RAFFINAGE FRANCE S.A.S

## **Article 2** **Bénéficiaires du DACO**

---

La fin du premier alinéa de l'article 3.1 de l'accord est complété des termes suivants « couverts par un régime d'assurance maladie français ».

En conséquence, le premier alinéa de l'article 3.1 est modifié et remplacé comme suit :

« Sont adhérents au « DACO » les salariés affiliés obligatoirement au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local Alsace Moselle légalement obligatoire, liés par un contrat de travail avec l'une des sociétés entrant dans le périmètre d'application du présent accord collectif, sans condition d'ancienneté, indépendamment de leur situation, ainsi que leurs ayants droit couverts par un régime d'assurance maladie français. ».

## **Article 3** **Grille de prestations**

---

La grille de prestations « Socle Social Commun » dite « SSC DACO » de l'accord, (en annexe 3) est modifiée et remplacée par la grille « DACO Responsable Socle Social Commun», décrite en annexe du présent avenant.

En conséquence l'article 3.3, intitulé « Grille de Prestations », est modifié et remplacé comme suit :

« Tous les adhérents au « DACO » bénéficient de la même grille de prestations (grille «DACO Responsable Socle Social Commun» dite « DACO Responsable SSC », en annexe 3.) »

KB

T. H

BH

## Article 4 Cotisations

Les tableaux figurant à l'article 3.4.1 de l'accord, intitulé « Montant de la cotisation globale et principe de revalorisation » sont modifiés et remplacés comme suit :

### Adhérents affiliés obligatoirement au régime général de la Sécurité sociale

	Adhérent en catégorie « Isolé »		Adhérent en catégorie « Famille »	
	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini
Au 1 <sup>er</sup> janvier 2016	806 € / an	0,60%	1612 € / an	1,20 %

### Adhérents affiliés obligatoirement au régime local Alsace Moselle

	Adhérent en catégorie « Isolé »		Adhérent en catégorie « Famille »	
	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini
Au 1 <sup>er</sup> janvier 2016	600,31 € / an	0,45 %	1200,62 € / an	0,90 %

La répartition de la cotisation forfaitaire à l'article 3.4.2 de l'accord est modifiée et remplacée comme suit :

- Cotisation forfaitaire : **62.5%** à la charge de l'employeur / **37.5%** à la charge du salarié

## Article 5 Bénéficiaires du DAIF

L'article 4.1 de l'accord intitulé « Bénéficiaires » est modifié et remplacé comme suit :

« Les catégories de bénéficiaires du « DAIF » sont énumérées dans le tableau figurant à l'article 4.5.1 du présent accord collectif sous réserve qu'ils soient couverts par un régime d'assurance maladie français ou adhérents à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE). »

L'article 4.2 de l'accord intitulé « Modalités d'adhésion et de résiliation » est complété, après les deux premiers alinéas, par un alinéa rédigé comme suit : « L'adhérent est informé par la remise d'une notice d'information des modifications apportées à ses droits et obligations. Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, il peut, dans un délai d'un mois à compter de la

WJ

T. H

BA

remise de la notice d'information, dénoncer son affiliation au contrat en raison de ces modifications. »

## **Article 6**

### **Grilles de prestations**

---

Les grilles de prestations « Socle Social Commun » dite « SSC DAIF », « Confort » et « Sérénité » proposées aux adhérents du DAIF à l'article 4.4, point 4.4.1, de l'accord et figurant en son annexe 3 sont remplacées par deux nouvelles grilles : la grille de prestations « DAIF Responsable Socle Social Commun » dite « DAIF Responsable SSC » et la grille de prestations « DAIF Responsable Sérénité » jointes en annexe du présent avenant.

En conséquence, les points « 4.4.1 Grilles » et « 4.4.2 Changement d'option » de l'article 4.4 de l'accord sont modifiés et remplacés comme suit :

#### 4.4.1 Grilles

Les adhérents au « DAIF » peuvent choisir de bénéficier de :

- la grille de prestations « DAIF Responsable Socle Social Commun » dite « DAIF Responsable SSC » (annexe 3),
- La grille de prestations « DAIF Responsable Sérénité » (annexe 3).

Pour les adhérents au DAIF, bénéficiaires de l'une des grilles de prestations applicables jusqu'au 31 décembre 2015 (« SSC DAIF », « Confort » ou « Sérénité »), les changements de grilles, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, s'effectuent dans les conditions ci-après définies.

A défaut d'exprimer leur choix auprès de l'organisme assureur mutualiste en faveur de la grille « DAIF Responsable SSC » ou « DAIF Responsable Sérénité », dans le délai de 30 jours calendaires à compter de la remise de la notice d'information qui interviendra au plus tard le 30 novembre 2015 :

- La grille « DAIF Responsable SSC » s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 aux adhérents qui bénéficient de la grille « SSC DAIF » jusqu'au 31 décembre 2015 ;
- La grille « DAIF Responsable Sérénité » s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 aux adhérents qui bénéficient de la grille « Sérénité » ou « Confort » jusqu'au 31 décembre 2015.

#### 4.4.2 Changement d'option

Les catégories de bénéficiaires du « DAIF » énumérées aux cas 1 ; 2.1 ; 2.2 ; 3 ; 4,1 ; 4,2 ; 5.6.7 ; 8 ; 9.3 et 9.5 dans le tableau figurant à l'article 4.5.1 de l'accord pourront changer de grille de prestations dans les conditions suivantes :

- passer de la grille de prestations « DAIF Responsable SSC » à la grille de prestations « DAIF Responsable Sérénité », et inversement, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant la date de réception de la demande de changement. Ce changement est possible à condition d'avoir bénéficié de la grille antérieure depuis au minimum trois ans.
- par exception, en cas de changement de situation familiale (affiliation ou radiation d'un bénéficiaire) et dans les 6 mois qui suivent ce changement, les adhérents au DAIF, bénéficiaires de la grille « DAIF Responsable SSC » peuvent opter pour la grille « DAIF Responsable Sérénité ». Cette option prend effet après remise des justificatifs de situation le 1<sup>er</sup> du mois suivant cette remise.

KB

T. H

BH

## Article 7 Bénéficiaires du DAIF et cotisations

Le tableau de l'article 4.5.1 intitulé «tableau des bénéficiaires» de l'accord est modifié et remplacé comme suit :

Bénéficiaires du « DAIF »	Rapport cotisation « Isolé »/« Famille »	Montant de la cotisation versée à l'organisme assureur mutualiste	Montant de la participation Société en année N
<p><b>Cas 1.</b> Les membres du personnel partant en retraite à compter du 1er janvier 2016, sous réserve d'en faire la demande dans les délais prévus par la réglementation et les dispositions contractuelles avec l'organisme assureur mutualiste.</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour les grilles "DAIF Responsable SSC" et "DAIF Responsable Sérénité" selon la catégorie d'adhésion et le régime de Sécurité sociale (Général ou Alsace Moselle)</p>	<p>La participation Société au 1er janvier 2015 est égale à : - catégorie « Isolé » : 371,28 € par an soit 30,94 € par mois, - catégorie « Famille » : 742,44 € par an soit 61,87 € par mois. Le montant de la participation est : - revalorisé selon les dispositions de l'article 4.5.3. du présent accord et - réduite à compter du 1er janvier de l'année N+2 (année N = année d'adhésion) de 4% du montant revalorisé, pendant 10 ans.</p>
<p><b>Cas 2.1.</b> Le conjoint, à défaut le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou le concubin, de l'adhérent au DACO ou au DAIF au moment de son décès, sauf en cas de changement de la situation familiale de cette personne (mariage, PACS, concubinage), et l'(es) enfant(s) qui était(en)t reconnu(s) à charge de l'adhérent au moment de son décès tant qu'il(s) continue(nt) à remplir les conditions d'âge (ou handicapés quel que soit leur âge) et de ressources (cf. article 5 point n°4 relatif aux ayants droit). Ces adhérents sont appelés « adhérents dérivés de type 1 ».</p> <p><b>Cas 2.2.</b> Le conjoint, à défaut le partenaire lié par un PACS ou le concubin, de l'adhérent décédé en situation de mobilité internationale qui n'est pas affilié au régime de base de la Sécurité sociale, peut adhérer au « DAIF » sous réserve d'en faire la demande dans un délai d'un an suivant la date du décès du salarié. Ces adhérents sont appelés « adhérents dérivés de type 1 ».</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour les grilles "DAIF Responsable SSC" et "DAIF Responsable Sérénité" selon la catégorie d'adhésion et le régime de Sécurité sociale (Général ou Alsace Moselle)</p>	<p>Les dispositions du cas n°1 sont applicables aux cas n°2.1. et 2.2. sous réserve que l'adhérent au DACO ou au DAIF au moment de son décès bénéficie d'une participation de la société lors de son départ à la retraite.</p>
<p><b>Cas 3.</b> Les anciens membres du personnel des sociétés entrant dans le périmètre d'application du présent accord collectif, lorsqu'ils sont privés d'emploi et bénéficient d'un revenu de remplacement (Pôle Emploi), sous réserve d'en faire la demande dans les délais prévus par la réglementation et/ou dans les délais prévus par l'organisme assureur mutualiste à l'issue de la période de portabilité (cf. article 3.1. du présent accord).</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour les grilles "DAIF Responsable SSC" et "DAIF Responsable Sérénité" selon la catégorie d'adhésion et le régime de Sécurité sociale (Général ou Alsace Moselle)</p>	<p>Aucune participation applicable.</p>

T. H

KBO

BA

Bénéficiaires du « DAIF »	Rapport cotisation « Isolé »/« Famille »	Montant de la cotisation versée à l'organisme assureur mutualiste	Montant de la participation Société en année N
<p><b>Cas 4.1.</b> Les anciens membres du personnel invalides radiés des effectifs des sociétés parties au présent accord collectif, sous réserve qu'ils bénéficient, à la date d'entrée en vigueur de l'accord, d'une couverture complémentaire santé mise en place par l'une des sociétés entrant dans le périmètre d'application du présent accord collectif.</p>	<p>Cotisation « Isolé » = 1/2 cotisation « Famille »</p>	<p>Cotisation forfaitaire en vigueur des adhérents au « DACO » pour la grille DAIF Responsable SSC selon la catégorie d'adhésion et le régime de Sécurité sociale (Général ou Alsace Moselle)</p>	<p>Participation Société = participation Société afférente à la cotisation forfaitaire dont bénéficient les adhérents au « DACO »</p>
<p><b>Cas 4.2.</b> Les anciens membres du personnel invalides non radiés des effectifs des sociétés parties au présent accord collectif, sous réserve à la date de leur passage en invalidité : - qu'ils bénéficient, d'une couverture complémentaire santé mise en place par l'une des sociétés entrant dans le périmètre d'application du présent accord collectif, - qu'ils ne bénéficient d'aucune rémunération, et d'en faire la demande au service du personnel de leur employeur.</p>			
<p><b>Cas 5.</b> Successivement, les enfants orphelins de père et de mère qui étaient reconnus à charge de l'adhérent au moment de son décès tant qu'ils continuent à remplir les conditions d'âge (ou handicapés quel que soit leur âge) et de ressources (cf. article 5 point n°4 relatif aux ayants droit). Ces adhérents sont appelés « adhérents dérivés de type 2 ».</p>			
<p><b>Cas 6.</b> Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération.</p>			
<p><b>Cas 7.</b> Les anciens membres du personnel de Total Petrochemicals France (TPF) qui sont déjà en retraite au 31 décembre 2015, adhérents au régime complémentaire de frais de santé TPF au 31 décembre 2015 et bénéficiaires des dispositions de l'accord TPF du 22 novembre 2010, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'organisme assureur mutualiste au plus tard le 31 décembre 2015 pour une adhésion au 1er janvier 2016.</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour les grilles "DAIF Responsable SSC" et "DAIF Responsable Sérénité" selon la catégorie d'adhésion et le régime de Sécurité sociale (Général ou Alsace Moselle)</p>	<p>1. S'ils bénéficient d'une participation Société au 31 décembre 2015 : participation Société = participation prévue au cas n°1 2. S'ils ne bénéficient pas d'une participation Société au 31 décembre 2015 : aucune participation applicable.</p>
<p><b>Cas 8.</b> Les anciens membres du personnel en retraite et bénéficiaires du régime DAIF au 31 décembre 2015.</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour les grilles "DAIF Responsable SSC" et "DAIF Responsable Sérénité" selon la catégorie d'adhésion et le régime de Sécurité sociale (Général ou Alsace Moselle)</p>	<p>1. S'ils bénéficient d'une participation Société au 31 décembre 2015 : participation Société = participation prévue au cas n°1 2. S'ils ne bénéficient pas d'une participation Société au 31 décembre 2015 : aucune participation applicable.</p>

T. H

BA

Bénéficiaires du « DAIF »	Rapport cotisation « Isolé »/« Famille »	Montant de la cotisation versée à l'organisme assureur mutualiste	Montant de la participation Société en année N
<p><b>Cas 9.3.</b> Les anciens membres du personnel hors TPF partis dans le cadre "du protocole d'accord relatif aux mesures d'accompagnement au sein de l'UES Aval dans le cadre du dispositif légal de cessation anticipée d'activité des travailleurs victime de l'amiante du 9 novembre 2005" (prétraite avec rupture du contrat de travail) sous réserve qu'ils aient choisi ou choisissent dès la rupture du contrat de travail de bénéficiaire du régime DAIF.</p>	<p>Pendant et après la période de prétraite : cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>1. Pendant la période de prétraite : cotisation standard en vigueur du régime DAIF pour la grille "DAIF Responsable SSC" selon la catégorie d'adhésion</p> <p>2. Après la période de prétraite : cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour les grilles "DAIF Responsable SSC" et " DAIF Responsable Sérénité" selon la catégorie d'adhésion</p>	<p>1. Pendant la période de prétraite : participation Société = participation prévue par l'accord relatif au dispositif légal de cessation anticipée d'activité des travailleurs victimes de l'amiante.</p> <p>2. Après la période de prétraite : aucune participation applicable.</p>
<p><b>Cas 9.5.</b> Les anciens membres du personnel de TPF partis à compter du 1er janvier 2013 dans le cadre du dispositif légal de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (prétraite avec rupture du contrat de travail) sous réserve qu'ils choisissent de bénéficier du régime DAIF dès la rupture du contrat de travail.</p>	<p>Pendant et après la période de prétraite : cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Pendant et après la période de prétraite : cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour les grilles "DAIF Responsable SSC" et "DAIF Responsable Sérénité " selon la catégorie d'adhésion et le régime de Sécurité sociale (Général ou Alsace Moselle)</p>	<p>1. Pendant la période de prétraite : la participation Société au 1er janvier 2015 est égale à : - catégorie « Isolé » : 371,28 € par an soit 30,94 € par mois, - catégorie « Famille » : 742,44 € par an soit 61,87 € par mois. Cette participation évolue selon les dispositions de l'article 4.5.3. du présent accord.</p> <p>2. Après la période de prétraite : participation Société au passage à la retraite = participation prévue au cas n°1.</p>

KS \*

BAK

J. H

## **Article 8**

### **Définition des ayants droit**

---

La fin du premier alinéa de l'article 5 de l'accord, est complétée des termes suivants : « sous réserve qu'elles soient couvertes par un régime d'assurance maladie français ou par la Caisse des Français de l'Etranger ».

En conséquence, le premier alinéa de l'article 5 est rédigé comme suit :

« Ont la qualité d'ayants droit des adhérents au « DACO » ou au « DAIF », en catégorie « Famille », les personnes suivantes, sous réserve qu'elles soient couvertes par un régime d'assurance maladie français ou par la Caisse des Français de l'Etranger ».

## **Article 9**

### **Couverture surcomplémentaire santé**

---

Après l'article 5 de l'accord, il est institué un nouvel article 6 intitulé « couverture surcomplémentaire » et inséré une nouvelle annexe 4 intitulée « couverture surcomplémentaire-grille de prestations » (jointe au présent avenant).

Le nouvel article 6 « couverture surcomplémentaire » est rédigé comme suit :

« Les adhérents au « DACO » et au « DAIF », souhaitant améliorer le niveau de garanties dont ils bénéficient au titre du régime mis en place par le présent accord, peuvent bénéficier d'une couverture individuelle et facultative surcomplémentaire dans les conditions proposées par l'organisme assureur mutualiste au sein de contrats d'assurance collectifs juridiquement distincts de ceux souscrits pour la mise en œuvre du régime.

La grille de prestations de la couverture surcomplémentaire figure en annexe 4 du présent accord à titre purement informatif.

La cotisation servant au financement de cette couverture est exclusivement à la charge de l'adhérent. La cotisation, au regard du suivi effectué dans le cadre de l'article 7.1 « Suivi de la complémentaire santé », est fixée par l'organisme assureur mutualiste au sein du contrat d'assurance souscrit à cet effet. Les adhérents au DAIF règlent directement leur cotisation auprès de l'organisme assureur mutualiste.

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale, les adhérents ayant souscrit une couverture individuelle facultative surcomplémentaire peuvent bénéficier du maintien de cette couverture, sans contrepartie de cotisation, à compter de la date de cessation de leur contrat de travail pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur sans pouvoir excéder douze mois.

Les parties au présent accord conviennent d'élargir au périmètre des sociétés parties au présent accord l'appréciation du caractère consécutif des contrats de travail.

Il est expressément convenu que la couverture surcomplémentaire peut être modifiée ou résiliée, sans que cela constitue une modification du présent accord.

KB,

BAA

T. H

## **Article 10**

### **Suivi de la complémentaire santé et de la surcomplémentaire santé**

---

Les parties au présent avenant conviennent de faire évoluer la composition de la commission de suivi de la complémentaire santé et d'élargir sa compétence au suivi de la couverture surcomplémentaire. En conséquence, l'article 6 devient l'article 7 et les articles 6.1, 6.2 et 6.3 de l'accord deviennent respectivement les articles 7.1, 7.2 et 7.3. Les 4 premiers alinéas de l'article 6.1 sont modifiés et remplacés comme suit :

#### **« Article 7.1. Suivi de la complémentaire santé »**

Le suivi des résultats du régime complémentaire santé et de la couverture surcomplémentaire visés par le présent accord collectif est assuré par une commission de suivi qui comprend :

- des représentants de la Direction,
- cinq représentants pour chacune des Organisations Syndicales représentatives au niveau de l'ensemble des sociétés concernées par le champ d'application du présent accord.

Les Organisations Syndicales veilleront à assurer la stabilité des membres de la commission de suivi. »

Les articles 7, 7.1, 7.2 et 7.3 de l'accord deviennent respectivement les articles 8, 8.1, 8.2 et 8.3.

## **Article 11**

### **Revalorisation de la cotisation - Annexe 2**

---

La formule de calcul de revalorisation de la cotisation exposée au deuxième alinéa du point 4 « formule de la revalorisation » de l'annexe 2 du présent accord est modifiée et remplacée par ce qui suit :

« Cotisation Hors Taxes et hors frais de gestion N = cotisations HT et hors frais de gestion N-1 x (1+ taux de croissance de l'ONDAM voté pour N) x (1 + taux d'évolution découlant des mesures prises pour N) x (taux du résultat estimé N-1) »

Il n'est pas autrement dérogé aux dispositions de l'accord.

## **Article 12**

### **Entrée en vigueur, révision et dénonciation**

---

Le présent avenant entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il se substitue de plein droit aux dispositions de l'accord du 11 février 2013 qu'il vient modifier. Il est conclu pour la même durée que l'accord du 11 février 2013.

## **Article 13**

### **Dépôt**

---

Le texte du présent avenant sera déposé auprès de la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) de l'Ile-de-France, auprès du secrétariat du greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre conformément aux dispositions des articles L.2231-6 et D.2231-2 du Code du travail.

KB

T-V

BAA

Fait à Courbevoie, le 15 juillet 2015

En 8 exemplaires originaux

**Pour le groupe de sociétés ci-après :**

- TOTAL S.A.
- ELF EXPLORATION PRODUCTION S.A.S.
- TOTAL EXPLORATION PRODUCTION FRANCE S.A.S.
- TOTAL GLOBAL SERVICES S.A.S
- ELF AQUITAINE S.A.
- TOTAL MARKETING SERVICES S.A.
- TOTAL MARKETING FRANCE S.A.S
- TOTAL FLUIDES S.A.S.
- TOTAL ADDITIFS ET CARBURANTS SPECIAUX S.A.S.
- TOTAL LUBRIFIANTS S.A.
- TOTAL RAFFINAGE CHIMIE S.A.
- TOTAL PETROCHEMICALS FRANCE S.A.
- TOTAL RAFFINAGE FRANCE S.A.S

**Monsieur Patrice LE CLOAREC**, Directeur des Relations Sociales Groupe, ayant reçu mandat de toutes les Sociétés susvisées pour la conclusion du présent avenant :

**Pour les Organisations Syndicales représentatives au niveau de ce groupe de sociétés :**

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL – CFTD

Teddy HAZEAU



CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT CGC – CFE-CGC

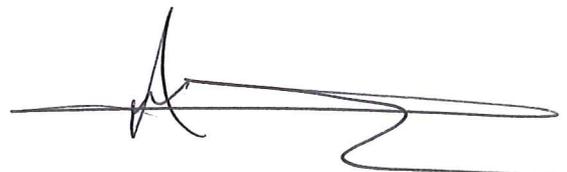
Khalid BENHAMOU



CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL – CGT

SYNDICAT DES INGÉNIEURS CADRES TECHNICIENS AGENTS DE MAÎTRISE ET EMPLOYÉS – SICTAME-UNSA

Bruno HENRI



# Garantie DACO Responsable SSC

## Grille de prestations Socle Social Commun au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - Régime général

### Consultation - visite omnipraticien, spécialiste

Secteur conventionné sans dépassement  
Généraliste

Secteur conventionné avec dépassement - CAS  
Secteur conventionné avec dépassement - NON CAS  
Spécialiste - Professeurs de médecine

Secteur conventionné avec dépassement autorisé - CAS  
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - NON CAS  
Secteur non conventionné  
Transports médicaux

### Actes de spécialité

(actes de chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation)

Conventionnés  
Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS  
Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS  
Non conventionnés

### Analyses, laboratoires

Examens de laboratoires acceptés par le RO

### Auxiliaires médicaux

(Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues)

Conventionnés  
Non conventionnés

### Radiologie

(actes d'imagerie médicale et actes d'échographie)  
Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS  
Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS  
Non conventionnés

### Pharmacie remboursée par La Sécurité sociale

(application du TFR)

### Prothèses auditives

Avec accord de la Sécurité sociale  
Une prothèse droite et une prothèse gauche tous les 4 ans

Frais d'entretien de prothèses auditives (piles, accumulateurs, pièces de rechange et réparations) acceptés par le RO

### Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux

Acceptés par le RO

### Optique

Monture adulte (4)  
Monture enfant (4)  
Verres (4)  
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par année civile et par personne

**Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia**  
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet <sup>(5)</sup>

**Dentaire** (dans la limite d'un plafond de 100% PMSS par année civile et par bénéficiaire hors soins dentaires et implants. Au-delà, le remboursement de la prothèse dentaire et les soins d'orthodontie sera limité à 125% BR - Rbt SS)

Soins dentaires

Inlays-Onlays

Prothèses remboursées par la Sécurité sociale  
Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)  
Intermédiaire de bridge supplémentaire (à partir du 2ème) d'un bridge remboursable (1)

### Remboursement Sécurité sociale du régime général

70% TC / 100% TC  
70% TA  
65% TC

70% BR  
70% BR  
70% BR  
70% BR

60% TC / 70% TC

60% TC  
60% TA

70% BR  
70% BR  
70% TA

15% / 30% / 65%

60% TC / 100% TC

60% TC / 100% TC

60% TC / 100% TC (AT)

60% TC  
60% TC  
60% TC

60% TC

-

70% TC

70% TC

0% TC / 70% TC

### Régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins

100% TC - Rbt SS

200% TC - Rbt SS  
180% TC - Rbt SS

250% TC - Rbt SS  
200% TC - Rbt SS  
170% TA - Rbt SS  
100% TC - Rbt SS

100% BR - Rbt SS  
250% BR - Rbt SS  
200% BR - Rbt SS  
150% TA - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

150% TC - Rbt SS  
100% TA - Rbt SS

200% BR - Rbt SS  
175% BR - Rbt SS  
100% TA - Rbt SS

85% / 70% / 35%

100% des FR jusqu'à 350% du TC, 75% des FR de 350 à 600% du TC et 50% des FR entre 600 et 1000% du TC

350% TC

400% TC

150 €  
120 €

se reporter à la grille optique <sup>(3)</sup>

200 €

OUI

100% TC - Rbt SS

100% des FR jusqu'à 450% du TC, 75% des FR de 450 à 550% du TC et 50% des FR de 550 à 650% du TC - Rbt SS

258 € / Intermédiaire (équivalent au remboursement dans l'ancienne nomenclature)

KB 4

J-H

BAT

# Garantie DACO Responsable SSC (suite)

## Grille de prestations Socle Social Commun au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - Régime général

Inlays Core	70% TC	200% BR - Rbt SS
Implants (Radio, préparation, pose, inlay)	-	1050 € par implant (maximum 2 implants/année civile)
Prothèses dentaires transitoires ou non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	Forfait de 200 €/année civile
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% TC	450 % - Rbt SS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	205 % TCR
Parodontologie (2)	-	250 € / année civile
<b>Hospitalisation</b>		
Frais de séjour établissement conventionné avec ou sans dépassement	80% BR / 100 % BR	100 % BR - Rbt SS
Frais de séjour établissement non conventionné	80% TA / 100 % TA	100%TA - Rbt SS
<b>Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) remboursés par la sécurité sociale (y compris chirurgie réfractive remboursée par la sécurité sociale)</b>		
Conventionné sans dépassement	80% BR / 100 % BR	100 % BR - Rbt SS
Conventionné avec dépassement - CAS	80% BR / 100 % BR	250% BR - Rbt SS
Conventionné avec dépassement - NON CAS	80% BR / 100 % BR	200% BR - Rbt SS
Non conventionné	80% TA / 100 % TA	200% BR - Rbt SS
Forfait journalier hospitalier (6)	-	100 %
Supplément chambre particulière sans chirurgie (hors ambulatoire)	-	60 € / jour
Supplément chambre particulière en chirurgie (hors ambulatoire)	-	110 € / jour
Frais d'accompagnement assuré (-18 ans) / assuré (+75 ans)	-	50 € / jour
Maison de repos et de convalescence (honoraires et frais de séjour)	80% TC	100% TC - Rbt SS
Forfait journalier hospitalier (6)	-	100%
Supplément si séjour consécutif à une hospitalisation	-	+ 20 € / jour pendant 30 jours maximum par année civile
<b>Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale</b>		
Hébergement	-	200 € /année civile /personne
Transport	65% TC	100% TC - Rbt SS
Frais établissement thermal	65% TC	100% TC - Rbt SS
Honoraires médicaux	70% TC	100% TC - Rbt SS
<b>Maternité</b>		
Maternité ( honoraires et frais facturés par l'établissement à l'assuré)	-	Chambre particulière dans la limite de 110 €/jour et frais restant à charge (hors chambre particulière) dans la limite de 1,25% PASS (soit 1,25% * 38040 = 475,50 euros en 2015)
<b>Autres</b>		
Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)	-	150 € /acte
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	Forfait de 80 € / année civile
Vaccins non pris en charge par le RO (selon liste sur le site internet Harmonie)	-	100% des FR (plafond 2% PMSS/année civile soit 63,4 euros en 2015)
Consultations non remboursées d'ostéopathes ou de diététiciens disposant d'un n° ADELI	-	30€ par consultation (max 4 / année civile/bénéficiaire)
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	-	80% FR (max remboursement 1200 € /ceil)

## Remboursement Sécurité sociale du régime général

## Régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins

- (1) Pour les intermédiaires de bridges joindre une facture.  
 (2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie  
 (4) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.  
 Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.  
 (5) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle.  
 La prise en charge (PEC) intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable  
 (6) Sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :
- cures médicales en établissements de personnes âgées,
  - ateliers thérapeutiques,
  - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel,
  - centres de rééducation professionnelle,
  - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

- RO : Régime Obligatoire  
 TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes conventionnés)  
 TCR : Tarif de convention Reconstitué pour le secteur 3 (égal au TC)  
 TA : Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes non conventionnés - secteur 3)  
 TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'existence d'un médicament générique  
 FR : Frais réels / RAC : Reste à charge / AT : Accident de Travail / - Rbt SS : moins remboursement de la Sécurité sociale  
 BR : Base de remboursement correspondant au tarif de la Sécurité sociale dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) et la Tarification à l'activité (T2A)  
 SPR : Lettre clé de Sécurité sociale concernant les actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien dentiste  
 ADC : Actes de Chirurgie  
 CAS : Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins  
 NON CAS : Non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins

KB

T. H

BAA

# Garantie DACO Responsable SSC (suite)

## CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
  - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
  - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

### (3) Grille optique

Verres unifocaux (simple foyer)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	0 à 4	> 2	
Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	4,25 à 6	> 2	
Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
Classe 5	6,25 à 8	> 2	250 €
	> 8	tous	

Verres multifocaux (progressif)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
Classe 3	0 à 4	> 2	280 €
	4,25 à 6	≤ 2	
Classe 4	4,25 à 6	> 2	300 €
	6,25 à 8	≤ 2	
Classe 5	6,25 à 8	> 2	350 €
	> 8	tous	

KB \*

BK

T-K

# Garantie DAIF Responsable SSC

## Grille de prestations Socle Social Commun au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - Régime général

### Consultation - visite omnipraticien, spécialiste

Secteur conventionné sans dépassement

#### Généraliste

Secteur conventionné avec dépassement - CAS

Secteur conventionné avec dépassement - NON CAS

#### Spécialiste - Professeurs de médecine

Secteur conventionné avec dépassement autorisé - CAS

Secteur conventionné avec dépassement autorisé - NON CAS

Secteur non conventionné

Transports médicaux

### Actes de spécialité

(actes de chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation)

Conventionnés

Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS

Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS

Non conventionnés

### Analyses, laboratoires

Examens de laboratoires acceptés par le RO

### Auxiliaires médicaux

(Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues)

Conventionnés

Non conventionnés

### Radiologie

(actes d'imagerie médicale et actes d'échographie)

Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS

Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS

Non conventionnés

### Pharmacie remboursée par La Sécurité sociale

(application du TFR)

### Prothèses auditives

Avec accord de la Sécurité sociale

Une prothèse droite et une prothèse gauche tous les 4 ans

Frais d'entretien de prothèses auditives (piles, accumulateurs, pièces de rechange et réparations) acceptés par le RO

### Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux

Acceptés par le RO

### Optique

Monture adulte (4)

Monture enfant (4)

Verres (4)

Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par année civile et par personne

### Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia

Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet <sup>(5)</sup>

**Dentaire** (dans la limite d'un plafond de 100% PMSS par année civile et par bénéficiaire hors soins dentaires et implants. Au-delà, le remboursement de la prothèse dentaire et les soins d'orthodontie sera limité à 125% BR - Rbt SS)

Soins dentaires

Inlays-Onlays

Prothèses remboursées par la Sécurité sociale

Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)

Intermédiaire de bridge supplémentaire (à partir du 2ème) d'un bridge remboursable (1)

## Remboursement Sécurité sociale du régime général

70% TC / 100% TC

70% TA

65% TC

70% BR

70% BR

70% BR

70% BR

60% TC / 70% TC

60% TC

60% TA

70% BR

70% BR

70% TA

15% / 30% / 65%

60% TC / 100% TC

60% TC / 100% TC

60% TC / 100% TC (AT)

60% TC

60% TC

60% TC

60% TC

-

70% TC

70% TC

0% TC / 70% TC

## Régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins

100% TC - Rbt SS

200% TC - Rbt SS

180% TC - Rbt SS

250% TC - Rbt SS

200% TC - Rbt SS

170% TA - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

100% BR - Rbt SS

250% BR - Rbt SS

200% BR - Rbt SS

150% TA - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

150% TC - Rbt SS

100% TA - Rbt SS

200% BR - Rbt SS

175% BR - Rbt SS

100% TA - Rbt SS

85% / 70% / 35%

100% des FR jusqu'à 350% du TC, 75% des FR de 350 à 600% du TC et 50% des FR entre 600 et 1000% du TC

350% TC

400% TC

150 €

120 €

se reporter à la grille optique <sup>(3)</sup>

200 €

OUI

100% TC - Rbt SS

100% des FR jusqu'à 450% du TC, 75% des FR de 450 à 550% du TC et 50% des FR de 550 à 650% du TC - Rbt SS

258 € / intermédiaire (équivalent au remboursement dans l'ancienne nomenclature)

KB

BA

T. H

# Garantie DAIF Responsable SSC (suite)

## Grille de prestations Socle Social Commun au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - Régime général

	Remboursement Sécurité sociale du régime général	Régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins
Inlays Core	70% TC	200% BR - Rbt SS
Implants (Radio, préparation, pose, inlay)	-	1050 € par implant (maximum 2 implants/année civile)
Prothèses dentaires transitoires ou non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	Forfait de 200 €/année civile
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% TC	450 % - Rbt SS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	205 % TCR
Parodontologie (2)	-	250 € / année civile
<b>Hospitalisation</b>		
Frais de séjour établissement conventionné avec ou sans dépassement	80% BR / 100 % BR	100 % BR - Rbt SS
Frais de séjour établissement non conventionné	80% TA / 100 % TA	100%TA - Rbt SS
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) remboursés par la sécurité sociale (y compris chirurgie réfractive remboursée par la sécurité sociale)		
Conventionné sans dépassement	80% BR / 100 % BR	100 % BR - Rbt SS
Conventionné avec dépassement - CAS	80% BR / 100 % BR	250 % BR - Rbt SS
Conventionné avec dépassement - NON CAS	80% BR / 100 % BR	200% BR - Rbt SS
Non conventionné	80% TA / 100 % TA	200% BR - Rbt SS
Forfait journalier hospitalier (6)	-	100 %
Supplément chambre particulière sans chirurgie (hors ambulatoire)	-	60 € / jour
Supplément chambre particulière en chirurgie (hors ambulatoire)	-	110 € / jour
Frais d'accompagnement assuré (-18 ans) / assuré (+75 ans)	-	50 € / jour
Maison de repos et de convalescence (honoraires et frais de séjour)	80% TC	100% TC - Rbt SS
Forfait journalier hospitalier (6)	-	100%
Supplément si séjour consécutif à une hospitalisation	-	+ 20 € / jour pendant 30 jours maximum par année civile
<b>Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale</b>		
Hébergement	-	200 € /année civile /personne
Transport	65% TC	100% TC - Rbt SS
Frais établissement thermal	65% TC	100% TC - Rbt SS
Honoraires médicaux	70% TC	100% TC - Rbt SS
<b>Maternité</b>		
Maternité ( honoraires et frais facturés par l'établissement à l'assuré)		Chambre particulière dans la limite de 110 €/jour et frais restant à charge (hors chambre particulière) dans la limite de 1,25% PASS (soit 1,25% * 38040 = 475,50 euros en 2015)
<b>Autres</b>		
Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)	-	150 €/acte
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	Forfait de 80 € / année civile
Vaccins non pris en charge par le RO (selon liste sur le site Internet Harmonie)	-	100% des FR (plafond 2% PMSS/année civile soit 63,4 euros en 2015)
Consultations non remboursées d'ostéopathes ou de diététiciens disposant d'un n° ADELI	-	30€ par consultation (max 4 / année civile/bénéficiaire)
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	-	80% FR (max remboursement 1200 € /œil)

(1) Pour les intermédiaires de bridges joindre une facture.

(2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie

(4) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(5) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle. La prise en charge (PEC) intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable

(6) Sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

RO : Régime Obligatoire

TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes conventionnés)

TCR : Tarif de convention Reconstitué pour le secteur 3 (égal au TC)

TA : Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes non conventionnés - secteur 3)

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'existence d'un médicament générique

FR : Frais réels / RAC : Reste à charge / AT : Accident de Travail / - Rbt SS : moins remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de remboursement correspondant au tarif de la Sécurité sociale dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) et la Tarification à l'activité (TZA)

SPR : Lettre clé de Sécurité sociale concernant les actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien dentiste

ADC : Actes de Chirurgie

CAS : Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins

NON CAS : Non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins

Handwritten initials: KM

Handwritten initials: J-H

Handwritten initials: BA

# Garantie DAIF Responsable SSC (suite)

## CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
  - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
  - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

### (3) Grille optique

Verres unifocaux (simple foyer)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	0 à 4	> 2	
Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	4,25 à 6	> 2	
Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
Classe 5	6,25 à 8	> 2	250 €
	> 8	tous	

Verres multifocaux (progressif)

Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt/verre
Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
Classe 3	0 à 4	> 2	280 €
	4,25 à 6	≤ 2	
Classe 4	4,25 à 6	> 2	300 €
	6,25 à 8	≤ 2	
Classe 5	6,25 à 8	> 2	350 €
	> 8	tous	

KH ✓

BA

T. H

# Garantie DAIF Responsable Sérénité

## Grille de prestations Sérénité au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - Régime général

### Consultation - visite omnipraticien, spécialiste

Secteur conventionné sans dépassement

Généraliste

Secteur conventionné avec dépassement - CAS

Secteur conventionné avec dépassement - NON CAS

Spécialiste - Professeurs de médecine

Secteur conventionné avec dépassement autorisé - CAS

Secteur conventionné avec dépassement autorisé - NON CAS

Secteur non conventionné

Transports médicaux

### Actes de spécialité

(actes de chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation)

Conventionnés

Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS

Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS

Non conventionnés

### Analyses, laboratoires

Examens de laboratoires acceptés par le RO

### Auxiliaires médicaux

(Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues)

Conventionnés

Non conventionnés

### Radiologie

(actes d'imagerie médicale et actes d'échographie)

Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS

Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS

Non conventionnés

### Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale

(application du TFR)

### Prothèses auditives

Avec accord de la Sécurité sociale

Une prothèse droite et une prothèse gauche tous les 4 ans

Frais d'entretien de prothèses auditives (piles, accumulateurs, pièces de rechange et réparations) acceptés par le RO

### Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux

Acceptés par le RO

### Optique

Monture adulte (3)

Monture enfant (3)

Verres simples (3)

Verres complexes progressifs (3)

Verres hypercomplexes (3)

Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par année civile et par personne

Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia

Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale des verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet<sup>(4)</sup>

### Dentaire

Soins dentaires

Inlays-Onlays

Prothèses remboursées par la Sécurité sociale

Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)

Intermédiaire de bridge supplémentaire (à partir du 2ème) d'un bridge remboursable (1)

Inlays Core

Implants (Radio, préparation, pose, inlay)

Prothèses dentaires transitoires ou non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

## Remboursement Sécurité sociale du régime général

70% TC / 100% TC

70% TA

65% TC

70% BR

70% BR

70% BR

70% BR

60% TC / 70% TC

60% TC

60% TA

70% BR

70% BR

70% TA

15% / 30% / 65%

60% TC / 100% TC

60% TC / 100% TC

60% TC / 100% TC (AT)

60% TC

60% TC

60% TC

60% TC

60% TC

60% TC

-

70% TC

70% TC

70% TC

70% TC

0% TC / 70% TC

70% TC

-

-

100% TC

## Régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins

100% TC - Rbt SS

200% TC - Rbt SS

180% TC - Rbt SS

220% TC - Rbt SS

200% TC - Rbt SS

170% TA - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

100% BR - Rbt SS

200% BR - Rbt SS

180% BR - Rbt SS

150% TA - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

100% TA - Rbt SS

145% BR - Rbt SS

125% BR - Rbt SS

100% TA - Rbt SS

85% / 70% / 35%

350%TC

350%TC

350%TC

100 €

120 €

100€ par verre

145€ par verre

220€ par verre

120 €

OUI

100% TC - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

370% TC - Rbt SS

370% TC - Rbt SS

258 € / intermédiaire

135% TC - Rbt SS

350€ par implant (maximum 3 implants / 3 ans)

Forfait de 150 € par année civile

-

KB 7

T. H

BA

# Garantie DAIF Responsable Sérénité (suite)

## Grille de prestations Sérénité au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - Régime général

### Hospitalisation

Frais de séjour établissement conventionné avec ou sans dépassement  
Frais de séjour établissement non conventionné  
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) remboursés par la Sécurité sociale (y compris chirurgie réfractive remboursée par la Sécurité sociale)  
Conventionné sans dépassement  
Conventionné avec dépassement - CAS  
Conventionné avec dépassement - NON CAS  
Non conventionné  
Forfait journalier hospitalier (5)  
Supplément chambre particulière sans chirurgie (hors ambulatoire)  
Supplément chambre particulière en chirurgie (hors ambulatoire)  
Frais d'accompagnement assuré (-18 ans) / assuré (+75 ans)  
Maison de repos et de convalescence (honoraires et frais de séjour)  
Forfait journalier hospitalier (5)  
Supplément si séjour consécutif à une hospitalisation

### Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale

Hébergement  
Transport  
Frais établissement thermal  
Honoraires médicaux

### Autres

Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale  
Vaccins non pris en charge par le RO (selon liste sur le site Internet Harmonie)  
Consultations non remboursées d'ostéopathes ou de diététiciens disposant d'un n° ADELI  
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale

### Remboursement Sécurité sociale du régime général

80% BR / 100 % BR  
80% TA / 100 % TA

80% BR / 100 % BR  
80% BR / 100 % BR  
80% BR / 100 % BR  
80% TA / 100 % TA

-

-

-

-

80% TC

-

-

-

65% TC

65% TC

70% TC

-

-

-

### Régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins

100 % BR - Rbt SS  
100%TA - Rbt SS

100 % BR - Rbt SS  
250%BR - Rbt SS  
200%BR - Rbt SS  
100%TA - Rbt SS

100 %

60 €/ jour

110 €/ jour

50 €/ jour

100% TC - Rbt SS

100%

+ 20 €/ jour pendant 30 jours maximum par année civile

200 €/année civile/personne

100% TC - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

100% TC - Rbt SS

Forfait de 80 €/ année civile  
100% des FR (plafond 2% PMSS/année civile soit 63,4 euros en 2015)

350€ par œil

(1) Pour les intermédiaires de bridges joindre une facture.

(2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie

(3) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(4) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site Internet de la mutuelle. La prise en charge (PEC) intégrale s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable

(5) Sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

RO : Régime Obligatoire

TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes conventionnés)

TCR : Tarif de convention Reconstitué pour le secteur 3 (égal au TC)

TA : Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes non conventionnés - secteur 3)

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'existence d'un médicament générique

FR : Frais réels / RAC : Reste à charge / AT : Accident de Travail / - Rbt SS : moins remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de remboursement correspondant au tarif de la Sécurité sociale dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) et la Tarification à l'activité (T2A)

SPR : Lettre clé de Sécurité sociale concernant les actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien dentiste

ADC : Actes de Chirurgie

CAS : Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins

NON CAS : Non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins

### CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

ANNEXE 2 : COUVERTURE SURCOMPLEMENTAIRE GRILLE DE PRESTATIONS  
SURCOMPLEMENTAIRE EN COMPLEMENT DES REMBOURSEMENTS DES GARANTIES DACO  
RESPONSABLE SSC, DAIF RESPONSABLE SSC ET DAIF RESPONSABLE SERENITE

(à titre d'information)

<b>Grille de prestations au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - Régime général</b>	<b>Remboursement Sur-complémentaire</b>
<b>Consultation - visite</b>	
Généraliste	
Secteur conventionné avec dépassement - CAS	-
Secteur conventionné avec dépassement - NON CAS	+20% BR
<b>Spécialiste - Professeurs de médecine</b>	
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - CAS	-
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - NON CAS	+200% BR
<b>Actes de spécialité</b>	
Conventionné avec dépassement autorisé - CAS	-
Conventionné avec dépassement autorisé - NON CAS	+150% BR
<b>Radiologie</b>	
Conventionné avec dépassement autorisé - CAS	-
Conventionné avec dépassement autorisé - NON CAS	+20% BR
<b>Chirurgie - Frais chirurgicaux</b>	
Etablissements conventionnés avec dépassement - CAS	-
Etablissements conventionnés avec dépassement - NON CAS	+200% BR

KB

BAH

J. H