

AVENANT N° 2 A L'ACCORD COLLECTIF DU 19 JUIN 2015 RELATIF A LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE OBLIGATOIRE

ENTRE LES SOCIETES :

ESSO S.A.F., représentée par M. Antoine du Guerny, son Président-Directeur Général,

ESSO RAFFINAGE, représentée par M. Antoine du Guerny, son Président

EXXONMOBIL CHEMICAL FRANCE, représentée par M. Antoine du Guerny, son
Président

ET leurs organisations syndicales représentatives

PREAMBULE :

Un accord collectif relatif à la couverture complémentaire santé obligatoire a été signé le 19 juin 2015 au sein des sociétés Esso S.A.F., Esso Raffinage et ExxonMobil Chemical France, désormais constituées en Unité Economique et Sociale.

La loi n° 2018-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a prévu que les contrats complémentaires santé devraient respecter, pour pouvoir continuer à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux attachés aux contrats responsables, un nouveau cahier des charges. Ce nouveau cahier des charges doit instaurer une prise en charge à 100% des frais de santé pour certains produits optiques, dentaires et d'aides auditives constituant des paniers « sans reste à charge ». Le changement est applicable à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les prestations dentaires et optiques et à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les prestations d'aides auditives.

Le Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 a déterminé les modifications apportées au cahier des charges des contrats responsables en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Le Décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 a adapté les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés aux dispositions assurant un accès, sans reste à charge, à certains frais de santé.

Par l'avenant 1 du 18 décembre 2019, la direction et les organisations syndicales ont fait évoluer l'accord collectif du 19 juin 2015 relatif à la couverture complémentaire santé obligatoire afin qu'elle conserve son caractère responsable en modifiant le tableau des garanties au 1^{er} janvier 2020.

L'article 1 du Titre VI de l'accord collectif relatif à la couverture complémentaire santé obligatoire du 19 juin 2015 prévoit que le comité technique de la Complémentaire Santé

émet des recommandations à la direction et aux organisations syndicales sur le changement de niveau des prestations.

Lors de la réunion du 15 Octobre 2020, au vu des éléments fournis par les représentants de la MIP, le comité technique de la Complémentaire Santé a préconisé que le montant de remboursement des montures optiques soit porté à 100€ pour les adhérents du régime responsable (vs 85€). Compte tenu du plafonnement à 100€ introduit par le 100% Santé, le montant de remboursement des montures optiques sera également de 100€ pour les adhérents du régime responsable Plus.

Par ailleurs, comme présenté lors de la réunion de négociation du 19 Octobre 2019, un plafond de 1700€ par oreille appareillée avec une possibilité de renouvellement tous les 4 ans a été instauré sur les aides auditives de classe II à compter du 1^{er} janvier 2021.

Ces deux éléments conduisent les parties à modifier le tableau des garanties frais de santé qui était annexé à l'avenant 1 de l'accord collectif du 19 juin 2015 de la manière suivante :

- OPTIQUE : le plafond de remboursement des montures de lunettes est porté à 100 euros pour les adhérents du régime responsable ainsi que pour les adhérents au régime responsable Plus.
- AIDES AUDITIVES : mention de la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans et du plafond de 1700€ par oreille appareillée pour la classe II (prix libres).

Les parties ont souhaité formaliser ces modifications par un avenant. Le présent avenant a fait l'objet d'une information et consultation du Comité Social et Economique Central de l'UES ESAF-ERSAS-EMCF le 12 mars 2021 - le CSEC ayant rendu son avis le même jour.

CECI EXPOSE, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

- A) La première phrase de l'article 3 « Niveau de prestation » du Titre IV de l'accord du 19 juin 2015 modifiée par l'avenant 1 du 18 décembre 2019 est supprimée et remplacée par la phrase suivante :
« Le tableau des garanties au 1er janvier 2021 est annexé au présent accord. »
- B) L'annexe à l'accord du 19 juin 2015 correspondant au tableau des garanties frais de santé est remplacée par l'annexe jointe au présent avenant.
- C) Le présent avenant entre en vigueur le 1er avril 2021.
- D) Le présent avenant est conclu pour la durée de l'accord collectif qu'il modifie.
- E) Le présent avenant sera déposé auprès du Greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre ainsi qu'à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, unité territoriale des Hauts de Seine.

Fait à Nanterre, le 15 mars 2021,

ESAF / ERSAS / EMCF				
Grille de prestations au 1er janvier 2021				
Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale). Elles sont également conformes aux exigences posées par l'article L911-7 du Code de la Sécurité sociale relatif à la couverture minimale obligatoire dite Panier de soins.				
Les prestations Frais médicaux décrites ci-dessous sont en complément des régimes obligatoires de la Sécurité sociale, sauf exception précisée expressément et dans la limite des frais réellement engagés				
Prestations		Remboursement Sécurité sociale	Régime responsable Exo Actifs / Retraités	Régime responsable Base Actifs / Retraités Plus
Les remboursements de l'option facultative Exo Actifs / Retraités Plus s'ajoutent aux prestations de la garantie de base Exo Actifs / Retraités				
SODAS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites : généralistes, spécialistes, professeurs	DPTM HORS DPTM	70% ou 100% de la BR 70% ou 100% de la BR	150% de la BR 130% de la BR	-
Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM HORS DPTM	70% de la BR 70% de la BR	120% de la BR 100% de la BR	30% de la BR 30% de la BR
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)	DPTM HORS DPTM	70% de la BR 70% de la BR	142% de la BR 122% de la BR	8% de la BR 8% de la BR
Imagerie médicale : actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE)	DPTM HORS DPTM	70% de la BR 70% de la BR	120% de la BR 100% de la BR	30% de la BR 30% de la BR
Otiodensitométrie non remboursée	-	-	30% des FR	-
Honoraires paramédicaux (Audiolans médicaux)	-	60% de la BR	110% de la BR	130% de la BR
Analyses médicales et examens de laboratoires remboursés par la Sécurité sociale	-	60% de la BR	110% de la BR	130% de la BR
Médicaments				
- remboursés par la Sécurité sociale	-	15% / 30% / 65% du TFR	85% / 70% / 35% du TFR	Jusqu'à 100% des FR
- sur prescription mais non remboursés par la Sécurité sociale, contraception	-	-	50% des Frais Réels limité à 50 € par an / bénéficiaire	50% des Frais Réels limité à 80 € par an / bénéficiaire
Matériel médical figurant sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR)	-	60 ou 100% de la BR	70% / 30% de la BR (mini 4,5% du PMSS) + 150% MR	385% ou 350% du MR
PREVENTION				
Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions de prise en charge de la présente garantie et au minimum à hauteur de 100% du Ticket Modérateur				
Vaccins prescrits - non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	80% des FR, limité à 2% du PMSS par an / bénéficiaire	1% du PMSS par an / bénéficiaire
Psychomotricité remboursée ou non par la Sécurité sociale	-	-	-	15 € / consultation limitée à 10 consultations par an
Frais de santé hors nomenclature : ostéopathe, neuropsychologue, psychologue, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, orthoptiste, podologue, hypnothérapeute, phyto-thérapeute, étio-pathe, hélio-thérapie, kinésithérapie, acupuncture des zones qui sont dispensés par des professionnels de santé (médecins) au sens du code de la santé publique	-	-	60 € par an / bénéficiaire	33 € / consultation limitée à 10 consultations par an
Les substituts rétiniques remboursés par la Sécurité sociale sont désormais pris en charge à hauteur de 65% par l'Assurance Maladie et figurent alors dans le poste Médicaments de la présente grille.				
DENTAIRE (1)				
Soins et prothèses « 100% santé »*	-	70% de la BR	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	-
Soins et prothèses « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »	-	70% de la BR	Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous, dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé	-
Soins				
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	DPTM HORS DPTM	70% de la BR 70% de la BR	30% de la BR + 60% du RAC 30% de la BR + 60% du RAC dans les limites du contrat responsable	52% de la BR 52% de la BR dans les limites du contrat responsable
Inlay Onlay - Plafonné à 3 par an	-	-	-	-
Prothèses				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Régime général Régime Alsace Moselle	70% de la BR 90% de la BR	300% de la BR 360% de la BR	126% de la BR 126% de la BR
Inlay-cors - Plafonné à 3 par an	-	70% de la BR	187% de la BR	154% de la BR
Prothèses dentaires non remboursées et autres travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	275 € par an	115 € par an
Implantologie				
- Racine - Limité à 2 actes tous les 2 ans	-	-	400 € par implant	420 € par implant
- Pilier implantaire, travaux implantaires	-	-	275 € par an	115 € par an
- Couronne sur implant	-	70% de la BR	234% de la BR	75% de la BR
Orthodontie				
Remboursée par la Sécurité sociale	-	100% de la BR	300% de la BR	300% de la BR
Non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	200% de la BR	450% de la BR
OPTIQUE - poste limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (2)				
Équipement « 100% santé » (verres et monture de classe A)*	-	60% de la BR	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	-
Équipement à tarifs libres (verres et monture de classe B)	-	60% de la BR	LES FORFAITS CI-DESSOUS S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	-
Monture (hors monture soignée)	-	60% de la BR	100 €	-
(A) Verres simples (sphère comprise entre -6,00 et + 6,00 sans cylindre)	-	60% de la BR	60 € par verre	75 € par verre
(B) Verres simples hors (A)	-	60% de la BR	85 € par verre	75 € par verre
(C) Verres simples (sphère hors zone -5,00 et + 6,00 ou cylindre supérieur à +4,00) et progressifs hors (D)	-	60% de la BR	175 € par verre	110 € par verre
(D) Verres progressifs sphéro-cylindriques (sphère hors zone à -5,00 et + 8,00)	-	60% de la BR	295 € par verre	55 € par verre
Équipement mixte (panachage verres / monture de classe A ou B)	-	60% de la BR	Prise en charge selon les forfaits définis ci-dessus comprenant une prise en charge intégrale à hauteur des PLV pour la partie relevant de la classe A	-
Lentilles				
Remboursées par la Sécurité sociale	-	60% de la BR	225 € par an / bénéficiaire y compris TM	-
Non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	207 € par an / bénéficiaire	127 € par an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES - poste limité à un équipement par oreille tous les 4 ans (3)				
Équipement « 100% santé » (classe I)*	-	60 ou 100% de la BR	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	-
Équipement à tarifs libres (classe II), dans la limite de 1700€ / oreille	-	60 ou 100% de la BR	LES FORFAITS CI-DESSOUS S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	-
Adulte (> 20 ans)	-	-	390% de la BR	35% de la BR
Enfant (< 20 ans révolus)	-	-	121% de la BR	-

MP 178 rue Montmartre 75006 PARIS CEDEX 02

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - immatriculée au répertoire Siret sous le numéro Siret n° 775 671 002

Page 1/3

CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale			
Surveillance médicale	70% de la BR	30% de la BR	-
Frais d'établissement thermal	65% de la BR	35% de la BR	-
Transport	65% de la BR	70% de la BR	130% de la BR
Hébergement	65% de la BR	150,01 € + 5% du PMSS	10% du PMSS
HOSPITALISATION			
Forfait journalier hospitalier	-	100% des FR	-
EN SECTEUR CONVENTIONNÉ			
> Médecine & Maternité			
- Frais de séjour	80% de la BR	270% de la BR	100% des FR
- Honoraires	DPTM 80% de la BR HORS DPTM 80% de la BR	140% de la BR 120% de la BR	-
- Chambre particulière médicale hors ambulatoire	-	3,1% du PMSS par jour	100% des FR
- Chambre particulière maternité	-	3% du PMSS par jour	1% du PMSS par jour
> Chirurgicale (y compris la chirurgie réfractive remboursée)			
- Frais de séjour	80% de la BR	270% de la BR	100% des FR
- Honoraires	DPTM 80% de la BR HORS DPTM 80% de la BR	140% de la BR 120% de la BR	-
- Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA), Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM 80% de la BR HORS DPTM 80% de la BR	140% de la BR 120% de la BR	-
- Chambre particulière hors ambulatoire - BR < à 167 €	-	3,1% du PMSS par jour	100% des FR
- Chambre particulière hors ambulatoire - BR > à 167 €	-	5,7% du PMSS par jour	100% des FR
- Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	-	400 € par œil	215 € par œil
Frais d'accompagnement en milieu hospitalier ou foyer "accueil famille" si le malade est âgé de - 14 ans, de + 70 ans ou enfant handicapé	-	2,1% du PMSS par jour	-
EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ			
Plafond honoraires et séjours : 90% des FR limités à 10 000 € par an			
> Médicale			
- Frais de séjour	80% de la BR	270% de la BR	150% de la BR
- Honoraires	DPTM 80% de la BR HORS DPTM 80% de la BR	140% de la BR 120% de la BR	-
- Chambre particulière hors ambulatoire	-	3,1% du PMSS par jour	2,5% du PMSS par jour
> Chirurgicale (y compris la chirurgie réfractive remboursée)			
- Frais de séjour	80% de la BR	270% de la BR	150% de la BR
- Honoraires	DPTM 80% de la BR HORS DPTM 80% de la BR	140% de la BR 120% de la BR	-
- Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA), Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM 80% de la BR HORS DPTM 80% de la BR	140% de la BR 120% de la BR	-
- Chambre particulière hors ambulatoire - BR < à 167 €	-	3,1% du PMSS par jour	2,5% du PMSS par jour
- Chambre particulière hors ambulatoire - BR > à 167 €	-	5,7% du PMSS par jour	2,5% du PMSS par jour
MAISON DE REPOS (SER)			
Forfait journalier hospitalier	-	100% des FR	-
Honoraires	80% de la BR	20% de la BR	-
Frais de séjour	80% de la BR	20% de la BR	-
Chambre particulière	-	-	-
- suite à hospitalisation	-	22,87 € par jour limité à 30 jours + 10% du RAC	20% du RAC
- sans hospitalisation préalable	-	10% du RAC	20% du RAC
DIVERS			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	65% de la BR	35% de la BR	-
Forfait actes "lourds"	-	Pris en charge	-
Participation frais médicaux suite à ADOPTION	-	15% du PMSS	-

01/01/2021

Notes et reports	Les prestations Hors DPTM sont exprimées dans le respect des limites du contrat responsable. * tels que définis réglementairement. Les frais non pris en charge par la Sécurité sociale ou considérés hors nomenclature par le régime obligatoire d'assurance maladie ou non-inscrits à la classification commune des actes médicaux ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf ceux pour lesquels une prestation est <u>expressément</u> définie dans le tableau de garantie ci-dessus.		
	(1) Les prestations du poste dentaire sont limitées par année civile et par bénéficiaire comme suit :		
		Esso Actifs/Retraités	Esso Actifs/Retraités Plus
	Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale et Inlay Onlay	1 525 €	
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et Inlay Core et Couronne sur implant	3 810 €	
	Prothèses dentaires non remboursées, et autres travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale et pilier implantaires et travail implantaires	275 €	115 €
	Au delà de ces plafonds, les "Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale et Inlay Onlay" sont pris en charge à hauteur de 100% BR ou des HLF le cas échéant, et les "Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et Inlay core et Couronne sur implant" à hauteur de 125% BR ou des HLF le cas échéant.		
	(2) Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'Article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les moins de 15 ans, en cas d'évolution de la vue ou en présence de certaines pathologies (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction d'infirmité de la presbytie ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale). La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance du précédent équipement, c'est à dire la date de soins retenus par la Sécurité sociale sur ses décomptes. La prise en charge de deux équipements sur la période de 2 ans est possible pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin (deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits précités) et ceux présentant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique (deux équipements de corrections différentes à porter en alternance). Les règles de couverture définies par les garanties et les contrats responsables s'appliquent à chacun des équipements considérés individuellement. Les prestations sont versées dans le respect des minima et maxima définis par la réglementation. Les suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, appareillage, filtre, autres suppléments) sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV pour les verres de classe A et à hauteur du ticket modérateur pour les verres de classe B et les verres de classe A lorsqu'il n'existe pas de PLV.		
	(3) Limité à la prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Cette limite s'apprécie à compter de la date de délivrance de l'aide auditive précédente, c'est à dire la date de facturation de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les piles et accessoires remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les conditions définies par le poste Matériel médical figurant sur la liste LPPR.		
	FR : Frais Réels engagés et justifiés, montant total de la dépense de santé BR(R) : Base de Remboursement (Reconstituée) de la Sécurité sociale MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie, proportion dans laquelle l'Assurance Maladie intervient pour le remboursement des actes médicaux TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003) TM : Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant qu'elle rembourse TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale TA : Tarif d'Autorité, sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné LPPR : Liste des Produits et des Prestations Remboursables PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année de l'événement RAC : Reste à charge : partie de la dépense restant à charge du bénéficiaire DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maltrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) CAS : Contrat d'accès aux soins OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maltrisée OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maltrisée en Chirurgie Obstétrique HLF : Honoraires limites de facturation PLV : Prix limites de vente Les bases de remboursements et Tarifs de Convention de la Sécurité sociale sont consultables sur le site internet de l'Assurance maladie www.ameli.fr , rubrique Assurés, onglet Remboursements.		
	Lexique		

Sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis par la grille :

- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R571-2 1° du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur.
- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article D911-1 2° du même code (soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale), sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale à hauteur de 125% de la Base de Remboursement Sécurité sociale (Panier de soins).
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents à un DPTM minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.
- Les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par les articles R571-2 3° et D911-1 1° du Code de la Sécurité sociale.
- Les aides auditives dans le respect des minima et maxima définis par l'article R571-2 4° du Code de la Sécurité sociale.
- Les frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires de facturation et les équipements optique et auditifs dans la limite des prix de vente définis dans le cadre de la réforme 100% Santé.

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 €), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 € / boîte de médicaments / acte d'aides médicales, 2 € / transport).

>> www.mutuelles.biz : Pour être informé de vos remboursements, consulter vos décomptes, rééditer votre carte de tiers payant ou celle de vos ayants droit ou encore visualiser vos garanties à tout moment, MIP met à disposition un espace privé propre à chaque adhérent sur www.mutuelles.biz. Vous y retrouvez le présent tableau de garanties.