

## AVENANT N° 4 A L'ACCORD RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE SANTÉ

### ENTRE LES SOUSSIGNES

L'IRSN dont le siège social est situé 31, avenue de la Division Leclerc 92260 Fontenay-aux-Roses, immatriculé au RCS de Nanterre sous le n° B 440 546 018 représenté par Monsieur Jean-Christophe NIEL en sa qualité de directeur général,

D'une part,

ET

Les organisations syndicales signataires,

D'autre part,

Depuis 2004, l'IRSN a mis en place par accord collectif un régime collectif et obligatoire de prévoyance santé.

Le dernier accord relatif à la prévoyance santé du 26 juin 2014 a fait l'objet de plusieurs avenants :

- l'avenant du 6 novembre 2015 pour un maintien en en conformité du régime avec le dispositif dit de « contrat responsable » institué par la loi 2014-810 du 13 août 2014 relative à l'assurance maladie,
- l'avenant du 4 avril 2018 pour faire évoluer les garanties collectives de remboursement des frais médicaux,
- l'avenant du 18 juin 2019 prorogeant jusqu'au 31 décembre 2020 l'accord relatif à la prévoyance santé du 26 juin 2014 afin de permettre aux parties signataires de mener à terme la négociation d'un nouvel accord et de procéder à l'appel d'offres pour renouveler l'organisme de complémentaire santé conformément à la réglementation relative à la commande publique.

## Article 1 - Objet de l'avenant

Le présent avenant à l'accord relatif à la prévoyance santé du 26 juin 2014 a pour objet de mettre en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 :

- une évolution des cotisations mensuelles afin de maintenir le niveau du dispositif de remboursement des frais médicaux tout en visant un équilibre du régime. Cette évolution a été proposée après consultation des membres de la commission de suivi de la mutuelle les 14 et 28 novembre 2019 dans le cadre de l'examen des résultats techniques prévisionnels pour 2020,
- la mise en conformité des garanties avec le dispositif « 100% Santé » instauré par la loi de financement de la sécurité sociale n°2018-1203 du 22 décembre 2018 et le décret 2019-21 du 11 janvier 2019.

## Article 1 - Evolution des cotisations

Les tableaux des cotisations figurant à l'article 4.1 de l'accord du 26 juin 2014 relatif au régime de prévoyance santé présentant les barèmes de cotisations pour les « actifs » d'une part, et pour les « retraités » d'autre part, sont modifiés comme suit :

ACTIFS	Cotisation mensuelle au 01/01/2020		
	Part salarié	Part IRSN	Total
Taux contractuel	31,90 €	67,09 €	98,99 €
Taux d'appel 70%	22,33 €	67,09 €	89,42 €

RETRAITES	Cotisation mensuelle au 01/01/2020		
	Part retraité	Part IRSN	Total
Taux contractuel	48,18 €	83,78 €	131,96 €

## Article 2 - Mise en conformité des garanties avec le dispositif 100% santé

L'annexe 2 de l'accord relatif au régime de prévoyance santé du 26 juin 2014 résumant les garanties du contrat de prévoyance collective est remplacé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 par l'annexe figurant au présent avenant.

## Article 3 - Durée

Le présent avenant est conclu pour une durée déterminée allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2020. A cette date et conformément à l'article L. 2222-4 du Code du travail, l'accord arrive à expiration et cessera de produire ses effets.

Il pourra néanmoins être modifié selon les dispositions légales en vigueur (Articles L2261-7 à L. 2261-8 du Code du travail).

#### Article 4 - Dépôt - publicité





Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'Institut.

Le présent avenant sera, à la diligence de la Direction de l'Institut, déposé à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du travail et de l'Emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au greffe du Conseil de Prud'hommes de son lieu de conclusion.

En parallèle, en application de l'article L. 2231-5-1 du Code du travail, une version ne comportant pas les noms et prénoms des négociateurs et des signataires sera déposée à la DIRECCTE, pour versement de l'avenant dans la base de données nationale. Il est rappelé qu'après la conclusion de l'avenant et dans le respect des dispositions légales, les parties peuvent convenir qu'une partie de l'avenant ne fasse pas l'objet de cette publication.

Par ailleurs, l'avenant sera publié sur le site Intranet de l'Institut.

Fait à Fontenay-aux-Roses, le 12 décembre 2019

Pour l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire	 Jean-Christophe NIEL Directeur Général de l'IRSN
Pour l'Union Fédérale des Syndicats du Nucléaire (CFDT)	Vivian Lévrel 
Pour le Syndicat des ingénieurs, cadres, techniciens, agents de maîtrise et assimilés de l'énergie atomique (CFE-CGC)	LUC CODRON 
Pour le Syndicat CGT-IRSN	 Philippe Boulet

Annexe n° 2 de l'accord relatif au régime de prévoyance santé  
GARANTIES

Garantie dite 'responsable'

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2020 - HXSAM01715 généré le 28/11/2019

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Particulier		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		au titre du ticket modérateur et dans la limite de	au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Consultations psychologues (1)(2)			25 €/Séance	25 €/Séance
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
(1) Prise en charge limitée à 2 séances par année civile et par bénéficiaire. (2) Prise en charge également des orthoptistes non conventionnés.				
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
SMR: Service Medical Rendu.				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 200 %	300 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 200 %	300 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (3)(4)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (3)(4)	60 %	40 %	+ 200 %	300 %
+ Forfait supplémentaire (3)(4)			400 €/Appareil	400 €/Appareil
Piles	60 %	40 %	+ 200 %	300 %
(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (4) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			15 % du PMSS	15 % du PMSS
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %		100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des tarifs et dépassements dans la limite de	
<b>HOSPITALISATION (suite)</b>				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20% ou 0%	+ 150%	250%
- Autres praticiens	80% ou 100%	20% ou 0%	+ 100%	200%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35% ou 0%		100%
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (5)(6)			100 €/Nuit	100 €/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (7)			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			30 €/Jour	30 €/Jour
<p>Sur la base des codes DM7 (discipline médico Tarifaire), la prise en charge est évaluée pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(6) Psychiatrie : prise en charge limitée à 45 nuits par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(7) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				
<b>MATERNITE</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100%		+ 150%	250%
- Autres praticiens	100%		+ 100%	200%
Chambre particulière avec nuitée (5)			100 €/Nuit	100 €/Nuit
(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (3)(8)(9)				100 % Santé
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				
Equipement à tarif libre (3)(8)(9)(10)				
Enfant (moins de 16 ans)				
- Monture (11)	60%		100 € - RO	100 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA (12)(13)				
- Simple	60%		PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60%		PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60%		PEC intégrale	PEC intégrale
- Par verre hors réseau				
- Simple	60%		90 €	60% + 90 €
- Complexe	60%		120 €	60% + 120 €
- Très complexe	60%		120 €	60% + 120 €
Adulte (16 ans et plus)				
- Monture (11)	60%		100 € - RO	100 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA (12)(13)				
- Simple	60%		PEC intégrale	PEC intégrale
- Complexe	60%		PEC intégrale	PEC intégrale
- Très complexe	60%		PEC intégrale	PEC intégrale
- Par verre hors réseau				
- Simple	60%		130 €	60% + 130 €
- Complexe	60%		265 €	60% + 265 €
- Très complexe	60%		265 €	60% + 265 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60%	40%		100%



Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		à titre de ticket modérateur et dans la limite de	à titre de forfait et déplacement dans la limite de	
<b>OPTIQUE (suite)</b>				
Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 300 €/An		100 % + 300 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			300 €/An	300 €/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			750 €/Oeil	750 €/Oeil
<p>(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixes par la réglementation.</p> <p>(8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(10) - Verres simples :                      Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :                      Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -5.00 à +6.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,                      Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :                      Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,                      Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(11) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p> <p>(12) Remboursement assurant la prise en charge intégrale (PEC intégrale) de verres, amovibles en fonction du besoin de correction, durcis et traités antireflets. La notice contractuelle concernant ce remboursement intégral est disponible sur simple demande.                      La prise en charge intégrale s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.</p> <p>(13) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Mutua. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.</p>				
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %		100 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (14)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (14)				
- Prothèses fixes sur dents visibles	70 %	30 %	+ 550 %	650 %
- Prothèses fixes sur dents non visibles	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 550 %	650 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 % + 60 €	125 % + 60 €
- Inlay onlay	70 %	30 %		100 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 450 %	550 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes sur dents visibles	70 %	30 %	+ 550 %	650 %
- Prothèses fixes sur dents non visibles	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 550 %	650 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 % + 60 €	125 % + 60 €
- Inlay onlay	70 %	30 %		100 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 450 %	550 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (15)			300 €	300 €
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 250 %	350 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			325 €/An	325 €/An
Implantologie (16)			500 €/An	500 €/An

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>DENTAIRE (suite)</b>				
<b>Parodontologie (16)(17)</b>			<b>325 €/An</b>	<b>325 €/An</b>
<p>Les remboursements de la mutuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</li> <li>- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.</li> </ul> <p>(14) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(15) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.</p> <p>(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(17) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).</p>				
<b>MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES</b>				
<b>Ostéopathie et Microkinésithérapie (16)(18)(19)</b>			<b>25 €/Séance</b>	<b>25 €/Séance</b>
<p>(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(18) Prise en charge limitée à 4 séances par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(19) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p>				
<b>CONTRACEPTION FÉMININE</b>				
<b>Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste)</b>			<b>25 €/An</b>	<b>25 €/An</b>
<b>PREVENTION</b>				
<b>Equilibre alimentaire - Diététique (19)(20)</b>			<b>50 €/An</b>	<b>50 €/An</b>
<b>Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (16)</b>			<b>40 €/An</b>	<b>40 €/An</b>
<b>Vie sans tabac - Sevrage tabagique (21)</b>			<b>50 €/An</b>	<b>50 €/An</b>
<b>Vaccin anti-grippal (16)</b>			<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Autres vaccins (selon liste) (16)</b>			<b>25 €/An</b>	<b>25 €/An</b>
<b>Séances de psychomotricité (1)(16)</b>			<b>25 €/Séance</b>	<b>25 €/Séance</b>
<p>(19) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(20) Prise en charge de 25 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</p> <p>(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(21) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(1) Prise en charge limitée à 2 séances par année civile et par bénéficiaire.</p>				
<b>HARMONIE SANTÉ SERVICES</b>				
<b>Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)</b>			<b>Oui</b>	<b>Oui</b>

## \* CONDITIONS GÉNÉRALES 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.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3377 € au 01/01/2019)