



CONDITIONS PARTICULIERES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

N°

Conclu entre :

La MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584

Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS

Ci-après dénommée la MNT,

Et

Dont le siège est situé

Représentée par

Ci-après dénommée le Souscripteur.

En présence du Centre de Gestion de l'Oise ayant conclu, pour le compte et à la demande du souscripteur, la convention de participation à laquelle le contrat est rattaché.

Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Siège social : 4, rue d'Athènes – 75009 PARIS

Le Souscripteur déclare souscrire le contrat précité conformément aux Conditions Générales référencées « CG – CDG 60 – 2023 » et aux présentes Conditions Particulières pour l'ensemble du Groupe assuré désigné à l'article 1.

Article 1 - Groupe Assuré

1.1 Les Membres Participants

Font partie du « Groupe Assuré » et peuvent adhérer au contrat en qualité de Membres Participants, les agents en activité du Souscripteur :

- les fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès du Souscripteur ou mis à la disposition de celui-ci,
- les agents détachés ou mis à la disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public,
- les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en retraite (dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire).

Les agents du Souscripteur sont admis sans conditions, sous réserve que le Souscripteur communique à la MNT, l'état nominatif de ces Membres Participants. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion.

1.2 Les Bénéficiaires des Membres Participants

Peuvent être admis, au choix du Membre Participant en qualité de Bénéficiaires, le conjoint, le concubin, le partenaire de PACS, et les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint et les ascendants non imposables du Membre Participant, tels que définis à l'article 4 des Conditions Générales.

Article 2 - Contrat solidaire et responsable

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

Ce contrat est conforme aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et aux textes d'application.

Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale conférant ainsi à ces garanties leur caractère responsable.

Article 3 - Délai de résiliation

Durant les 12 premiers mois suivant la prise d'effet de l'adhésion, le membre participant peut mettre un terme à son adhésion ainsi qu'à celle de ses bénéficiaires en notifiant sa volonté à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis de deux mois selon l'une des modalités suivantes :

- Par lettre ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle ;
- Par acte extrajudiciaire ;
- En cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication.

La MNT atteste par écrit la réception de la demande de résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la MNT jusqu'à cette même date.

Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant peut mettre fin à son adhésion ainsi qu'à celle de ses bénéficiaires, sans frais ni pénalités, à tout moment en cours d'année, selon les mêmes modalités que celles précisées ci-avant.

La MNT atteste par écrit la réception de la demande de résiliation.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la MNT de la demande du membre participant.

La MNT rembourse au membre participant la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

Article 4 - Prestations Frais Santé

Le tableau ci-dessous présente les prestations Frais de santé retenues par le Souscripteur au bénéfice de ses Membres Participants et de leurs Bénéficiaires.

Les prestations Frais de santé sont définies conformément aux Conditions Générales.

Les garanties sont proposées à l'ensemble des Assurés par l'Assureur et sont identiques pour tous les agents et retraités qui adhèrent au contrat collectif.

Soins courants			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
<i>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</i>			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiques (par an)	150 €	150 €	150 €
Matériel médical :			
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :			
Orthopédie	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	200 €	300 €	400 €
<i>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</i>			
Participation assuré actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti
Homéopathie (par an et en complément du forfait Médecines douces)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychologues, psychomotriciens, réflexologues	100 €	125 €	200 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour et selon une durée non limitée). Ce forfait couvre les services maladie, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite.	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

Optique

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou forfaits (*)	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans, ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Équipement <u>100% santé</u> appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Équipement complet	Remboursement intégral		
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) équipement verres simples	150 €	250 €	300 €
b) équipement verre mentionné au a) et verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) équipement verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) équipement verre mentionné au a) et verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) équipement verre mentionné au c) et verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) équipement verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	150 €	200 €	250 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil, par an et par personne)	200 €	300 €	400 €

Dentaire

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou forfaits	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlay-core)			
Panier de soins <u>100% santé</u> sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral		
Panier de soins <u>aux tarifs maîtrisés</u>	200%	300%	400%
Panier de soins <u>aux tarifs libres</u>	200%	300%	400%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre et par bénéficiaire)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par bénéficiaire et par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

Aides auditives

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou forfaits	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.

Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée

Equipement complet	Remboursement intégral		
--------------------	------------------------	--	--

Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée (limitée à 1700€ par oreille)

Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1500 €	1500 €	1500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1000 €	1250 €	1500 €

Autres prestations

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou forfaits	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Actes de prévention (7 actes) :

Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
(**) Vaccins (sur liste)	100%	100%	100%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Allocation maternité	250 €	250 €	250 €
Assistance RMA Niveau 1	Oui	Oui	Oui
SMACL Recours Médical & Informations Juridiques	Oui	Oui	Oui
Accès Téléconsultation (MesDocteurs)	Oui	Oui	Oui

(*) Les forfaits incluent le Ticket Modérateur

(**) Vaccins (sur liste)

- Diphthérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Coqueluche
- Hépatite B
- Infections à Haemophilus influenza B
- Infections invasives à méningocoque du sérotype C
- Infections à pneumocoque
- Oreillons
- Rougeole
- Rubéole

Article 5 - Tableau des cotisations mensuelles en euros au 1^{er} janvier 2023

Grille des montants de cotisation TTC par personne			
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	Montant TTC	Montant TTC	Montant TTC
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	20,18€	26,64€	34,33€
Actif de moins de 30 ans	33,64€	44,95€	54,67€
Actif de plus de 30 ans inclus & moins de 50 ans	41,51€	55,03€	67,01€
Actif de plus de 50 ans inclus	63,44€	82,20€	100,05€
Retraité	83,95€	118,44€	144,19€

Les cotisations sont exprimées en euros mais sont indexées sur le PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) à chaque 1er janvier.

Elles sont maintenues pendant les deux premières années de la convention, hors évolution réglementaire et fiscales et hors PMSS.

A compter de la troisième année, les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1er janvier d'un exercice civil selon les dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

L'évolution exceptionnelle des cotisations est autorisée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur sur la base :

- Dès la fin du premier exercice de survenance,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - o Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - o Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

Les seuils de déclenchement de l'augmentation tarifaire selon le ratio Prestations / Cotisations ainsi que le taux d'augmentation maximum des taux de cotisation correspondants seront encadrée de la façon suivante :

Seuil de déclenchement de l'augmentation tarifaire	Taux d'augmentation maximum des cotisations
P/C < 100 %	0 %
P/C < 110 %	4%
P/C < 120 %	6%
P/C < 130 %	8%
P/C > 130 %	10 %
L'augmentation n'est pas applicable pour les 2 premières années du contrat.	
<i>P/C : ratio prestations sur cotisations hors taxes.</i>	

Article 6 - Date de prise d'effet

Le contrat prend effet le 1^{er} janvier 2023.

FAIT EN TROIS EXEMPLAIRES

A Beauvais,
Le 01/03/2023

A
Le

A Paris,
Le 01/03/2023

Pour le Centre de Gestion

Pour le souscripteur

Pour la Mutuelle Nationale
Territoriale

(cachet et signature)

Le Directeur Général Adjoint Proximité et Développement



Frédéric SAUVAGE

Mutuelle Nationale Territoriale
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité
4 rue d'Athènes 75009 PARIS
N° SIREN 775 678 584 / LEI 9695000Q8HEMSMEPF29
Tél : 01 42 47 23 45

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur

060-200067973-20230622-220623-DC-77-DE

Accusé certifié exécutoire

Réception par le préfet : 27/06/2023
Affichage : 27/06/2023