

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

Ci-après dénommée le Souscripteur.

En présence du Centre de Gestion de la fonction Publique Territoriale de la Haute-Garonne ayant conclu, pour le compte et à la demande du souscripteur, la convention de participation à laquelle le contrat est rattaché.

Ces présentes Conditions particulières viennent compléter les conditions générales de la MNT. En tout état de cause, l'ordre d'application préférentielle des pièces contractuelles dans le cadre de l'exécution de la convention de participation signée entre le CDG31 et la MNT pour le risque Santé, est le suivant :

- Les conditions particulières de la convention de participation (CPR)
- Les conventions spéciales de la convention de participation (CSP)
- Les conditions générales de la MNT, complétées des présentes conditions particulières
- Le dossier contractuel de gestion
- La notice d'information des garanties d'assistance de la MNT

Le Souscripteur déclare souscrire le contrat précité conformément aux Conditions Générales référencées « CG – CDG Haute Garonne – 2024 » 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 agents assurés sont les fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé employés par le Souscripteur, en position d'activité, en détachement ou en congé de mobilité auprès d'un autre employeur public.

De plus les agents retraités dont le Souscripteur était le dernier employeur peuvent également adhérer au contrat (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 (ou de son partenaire de PACS ou de son concubin) et les ascendants 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 ;
- Par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

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.

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	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérents à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr				
Honoraires :				
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	100%	125%	150%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments remboursés à 35% et 65%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 15%	/	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	100%	100%	100%	100%
Matériel médical :				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :				
Orthopédie	/	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	/	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	/	200 €	300 €	400 €
Santé mentale				
Dispositif MonParcoursPsy : Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Honoraires de psychologue non remboursés par l'assurance maladie (forfait par an)	50 €	80 €	120 €	150 €
Assistance psychologique par téléphone ou présentiel - inclus dans assistance RMA	Oui	Oui	Oui	Oui
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Substituts nicotiniques (par an), prescrits	100 €	150 €	150 €	150 €

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	N4
Homéopathie (par an, par assuré et en complément du forfait Médecines douces pour les consultations d'homéopathes)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an et par assuré) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues (professionnels affiliés à un système d'identification national des professionnels de santé (ADELI RPPS FINESS), ou autre registre national de la spécialité	/	100 €	150 €	200 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité (conventionné ou non)				
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	N4
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérents à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	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	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (selon article L174-4 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	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, ambulatoire et soins de suite.	50 €	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours/séjour)	/	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/et en forfaits (*)	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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 100% santé 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 à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 €	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	100 €	150 €	200 €	250 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'oeil (par œil)	/	200 €	300 €	400 €
Dentaire				
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	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires	100%	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral			
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Prothèses dentaires (par prothèse et par an)	/	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par année et par bénéficiaire)	/	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (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/et en forfaits	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Équipement 100% santé 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 par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations				
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	N4
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%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (selon arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation maternité ou adoption (par enfant)	/	250 €	250 €	250 €
Assistance - RMA	Oui	Oui	Oui	Oui

Article 5 - Tableau des cotisations mensuelles TTC en euros au 1^{er} janvier 2024

Grille des montants de cotisation TTC par personne				
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
	Montant TTC proposé	Montant TTC proposé	Montant TTC proposé	Montant TTC proposé
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	17,39 €	23,12 €	29,86 €	41,94 €
Adulte de moins de 30 ans inclus	27,77 €	36,92 €	47,68 €	66,98 €
Adulte de plus de 30 ans & moins de 40 ans inclus	31,14 €	41,40 €	53,47 €	75,12 €
Adulte de plus de 40 ans & moins de 50 ans inclus	39,71 €	52,79 €	68,17 €	95,77 €
Adulte de plus de 50 ans & moins de 60 ans inclus	51,39 €	68,32 €	88,22 €	123,94 €
Adulte de plus de 60 ans	70,08 €	93,16 €	120,30 €	169,01 €
Retraité	75,05 €	103,51 €	133,66 €	181,01 €

Elles sont maintenues pendant les trois premières années de la convention, hors évolution réglementaire, législative ou fiscale et indexation de 2,5% prévue dans le tableau ci-dessous pour l'année 2 et l'année 3.

A compter du 1^{er} janvier 2027, 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 :

- D'au moins deux années consécutives,
- 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.

Tableau des taux plafonds de majoration tarifaire		
Exercice du contrat	Ratio P/C	Taux de majoration maximal
Exercice 2024	/	0%
Exercice 2025	/	2,5%
Exercice 2026	/	2,5%
A compter de 2027	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	4 %
	P/C < 120%	7 %
	P/C < 130%	8%
	P/C > 130%	12%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Article 6 - Date de prise d'effet

Le contrat prend effet le .

FAIT EN TROIS EXEMPLAIRES

A
Le

A
Le

A Paris,
Le 23 juin 2023

Pour le Centre de Gestion

Pour le souscripteur

Pour la Mutuelle Nationale
Territoriale

(cachet)



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 9695000Q8HEMSMEPFF29
Tél : 01 42 47 23 45