Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
054-215403395-20211213-2021_090-DE
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 17/12/2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT
Meurthe-et-Moselle

COMMUNE DE MALZÉVILLE

ARRONDISSEMENT
Nancy
CANTON
Saint-Max

SÉANCE DU CONSEIL MUNICIPAL
DU 13 DÉCEMBRE 2021

DÉLIBÉRATION N° 2021_090

Rapporteur : Gilles MAYER

Objet : Protection sociale complémentaire des agents – Adhésion à la convention de participation « santé » du centre de gestion de Meurthe-et-Moselle

L'an deux mille vingt et un, le dix-huit décembre à dix-huit heures et trente minutes, le conseil municipal de Malzéville, étant assemblé en séance ordinaire, en visioconférence, sous la présidence de Bertrand KLING, Maire.

Nombre de conseillers		
en exercice	présents	votants
29	26	29

Date de convocation
7 décembre 2021

Date d'affichage
20 décembre 2021

Transmis en préfecture le
17 décembre 2021

Rubrique : 4.1.1

Présent-es :
Bertrand KLING - Irène GIRARD - Jean-Marie HIRTZ - Malika TRANCHINA - Pascal PELINSKI - Gilles MAYER - Alexandra VIEAU - Stéphanie GRUET - Jean-Pierre ROUILLON - Jessica NATALINO - Jean-François HUGUENIN-VIRCHAUX - Sophie DURIEUX - Daniel THOMASSIN - Aude SIMERMANN - Yves COLOMBAIN - Elisabeth LETONDOR - Gilles SPIGOLON - Anne MARTINS - Jean-Marc RENARD - Claire FLORENTIN-POIZOT - Paul LEMAIRE - Marie-Claire TCHAMKAM - Pierre BIYELA - Agnès JOHN - Corinne MARCHAL-TARNUS - Camille WINTER

Excusé-es :
Gaëlle RIBY-CUNISSE (procuration à Gilles MAYER) - Philippe BERTRAND-DRIRA (procuration à Jean-Marie HIRTZ) - Jean-Yves SAUSEY (procuration à Corinne MARCHAL-TARNUS)

Il a été procédé, conformément à l'article L2121-15 du code général des collectivités territoriales, à l'élection d'un secrétaire pris dans le sein du conseil : Corinne MARCHAL-TARNUS ayant obtenu la majorité des suffrages, a été désignée pour remplir ces fonctions qu'elle a acceptées

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

Vu le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents,

Vu la délibération n°2021_014 du 18 mars 2021 portant sur la protection sociale complémentaire et le contrat groupe assurance santé,

Vu l'avis favorable du comité technique en date du 17 mars 2021.

Vu l'avis sur les offres du comité technique du Centre de gestion de la fonction publique territoriale de Meurthe-et-Moselle en date du 13 septembre 2021

Les employeurs publics peuvent contribuer financièrement à la couverture santé de leurs agent-e-s qu'ils soient fonctionnaires, non titulaires ou contractuel-le de droit privé (Décret n°2011-1474 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents).

Le centre de gestion de Meurthe-et-Moselle (CDG 54) peut conclure des conventions de participation en matière de protection sociale complémentaire avec les collectivités et établissements de son ressort.

A ce jour, il propose déjà une convention de participation à hauteur de 5 € à laquelle la ville n'adhère pas. Ce contrat de complémentaire santé arrive à son terme au 31 décembre 2021.

C'est pourquoi, le CDG 54 a lancé, pour le compte des collectivités du département, un nouvel appel d'offre afin d'obtenir les tarifs les plus avantageux et les offres les plus appropriées aux besoins des agents ainsi que des garanties de haut niveau, auprès d'opérateurs d'assurance. La ville de Malzéville a participé à cette mise en concurrence suite à sa délibération n°2021_014 portant sur la protection sociale complémentaire des agents.

Cette procédure a vocation également :

- de permettre l'adhésion des agents à un contrat-groupe destiné à rembourser les frais de santé en complément du régime obligatoire de sécurité sociale (plus couramment appelé « mutuelle santé »),
- d'offrir aux collectivités adhérentes un schéma de participation financière performant et sécurisé, au bénéfice de leurs agents territoriaux.

A l'issue de cette mise en concurrence, l'opérateur MNT en groupement avec l'opérateur MUT'EST a été retenu par le conseil d'administration du CDG 54 (délibération du 20 septembre 2021). Ce nouveau contra prendra effet à compter du 1er janvier 2022 pour une durée de 6 ans.

Le comité technique donnera un avis, lors de sa séance du 8 décembre prochain, sur le montant de la participation de l'employeur. Il lui sera également proposé de réexaminer ce montant en 2022, dans le cadre d'une négociation sur les modalités de la protection sociale complémentaire. Cet accord fixera aussi le caractère obligatoire ou non, de la souscription des agents à tout ou partie des garanties.

Le comité technique en date du 8 décembre 2021 a rendu un avis favorable pour l'adhésion et le montant de la participation financière de la commune à la protection sociale complémentaire des agents via le centre de gestion de Meurthe-et-Moselle.

Vu l'avis favorable unanime de la commission finances et ressources humaine du 2 décembre 2021

Le conseil municipal,

après en avoir délibéré,
à l'unanimité,

valide l'adhésion de la commune à la convention de participation qui reprend les conditions particulières jointes à la présente délibération

fixe le montant mensuel unitaire par agent-e à 5 euros

certifie que les crédits correspondants seront inscrits au budget primitif 2022 de la collectivité

autorise le maire à signer les pièces contractuelles et la convention de participation relatifs à ce dossier

Fait et délibéré les jours, mois et ans susdits.
Au registre figurent les signatures

Le Maire,

Bertrand KLING

MAIRIE DE MALZEVILLE
Meurthe-et-Moselle

La présente délibération peut, si elle est contestée dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou de son affichage ou de sa notification aux intéressés faire l'objet des recours suivants :

- **recours administratif gracieux auprès de mes services,**
- **recours contentieux pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif de Nancy.**

MODELE à ne pas signer

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
- **MUTEST**
dont le siège social est situé 11 Boulevard du président Wilson à STRASBOURG, ayant pour adresse postale 11 Boulevard du président Wilson – CS 67082 – 67 082 STRASBOURG cedex inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 641 681 00041.

Mutuelles co-assureurs des risques garantis au titre de la présente convention dûment représentées aux fins des présentes par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT).

Ci-après dénommées la MNT,

Et

(Nom du Souscripteur)
Adresse : xxx

Ci-après dénommée le Souscripteur.

En présence du Centre de Gestion de MEURTHE ET MOSELLE ayant conclu, pour le compte et à la demande du souscripteur, la convention de participation à laquelle le présent contrat est rattaché.

Le Souscripteur déclare souscrire le contrat précité conformément aux Conditions Générales référencées « CG – CDG 54 – 2022 » 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 :
Peuvent être assurés au titre de la présente convention :

- les fonctionnaires affiliés à la CNRACL ou détachés,
- les fonctionnaires et les agents affiliés à l'IRCANTEC de droit public et de droit privé,
- les agents mis à disposition de la collectivité adhérente si la collectivité dont ils dépendent l'autorise,
- les agents à la retraite pour leur dernière collectivité d'emploi, de la collectivité adhérente à la convention de participation.

De plus, les agents retraités dont Souscripteur était le dernier employeur peuvent également adhérer au contrat (dès la liquidation de la pension vieillesse de leur 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.
L'adhésion est automatique et sans condition de garantie pour les agents à la retraite, à condition qu'ils effectuent leur demande formelle dans un délai de 6 mois à compter de l'adhésion à la convention de participation par la collectivité adhérente, dans laquelle ils étaient en activité au moment de leur mise à la retraite.

1.2 Les Bénéficiaires des Membres Participants
Peuvent être admis, au choix du Membre Participant en qualité de Bénéficiaires tels que définis à l'article 4 des Conditions Générales :
Les ayants droit et personnes à charge au titre de la garantie famille sont :

- le conjoint non séparé, le concubin déclaré, la personne liée par un PACS,
- les enfants de l'Assuré ou du conjoint, du concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS, à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- les enfants de l'Assuré ou du conjoint, du concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS, à charge fiscalement,
- les enfants de l'Assuré ou du conjoint, du concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS, jusqu'à 26 ans, s'ils perçoivent l'une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975).

Au titre de l'adulte à charge :

- les ascendants de l'Assuré ou du conjoint, du concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS , à charge fiscalement
- les enfants de l'Assuré ou du conjoint, du concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS, au-delà de 26 ans, s'ils perçoivent l'une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975).

L'Assureur ne peut refuser en aucune manière l'adhésion de l'assuré et de ses ayants droits.

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

- Dans les 12 premiers mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant peut mettre un terme à son adhésion en notifiant sa volonté aux Mutuelles co-assureurs avant la date d'échéance moyennant un préavis de 2 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.

Les Mutuelles co-assureurs attestent par écrit la réception de la demande de résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par les Mutuelles co-assureurs 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, l'adhérent peut mettre fin à la garantie, sans frais ni pénalités, à tout moment en cours d'année, selon les mêmes modalités que celles précisées ci-avant.
  Les Mutuelles co-assureurs attestent par écrit la réception de la demande de résiliation.
  La résiliation prend effet un mois après la réception par les Mutuelles co-assureurs de la demande de l'adhérent.
  Les Mutuelles co-assureurs remboursent à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

- En cas de modification apportée à ses droits et obligations, le Membre Participant peut, dans un délai de 30 jours à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son affiliation et celle de ses Bénéficiaires en raison de ces modifications.

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.

CENTRE DE GESTION DE MEURTHE-ET-MOSELLE / GARANTIES 2022

Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de la base de remboursement de la Sécurité sociale. L'organisme de complémentaire santé (OCS) prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale selon les dispositions du décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Un forfait exprimé en euros peut s'ajouter au ticket modérateur. Dans ce cas, la limite de remboursement de la grille de prestation correspond au remboursement de la Sécurité sociale augmenté du ticket modérateur et du forfait pris en charge par l'OCS.
Dans tous les cas, le montant des remboursements de l'OCS ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.

FORMULES DE GARANTIES SOLIDAIRE ET RESPONSABLE - DANS LE RESPECT DES DISPOSITIONS DE LA LOI 100% SANTE

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
	PANIER DE SOINS	RENFORCÉE	SUPERIEURE
POSTES DE GARANTIES	Y compris remboursement de la Sécurité Sociale (1)		
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultation - visite Généralistes	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Consultation - visite Spécialistes - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	195% BRSS	220% BRSS
Consultation - visite Spécialistes - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	175% BRSS	200% BRSS

Actes techniques médicaux - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	135% BRSS	145% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	115% BRSS	125% BRSS
Honoraires paramédicaux	100% BRSS	115% BRSS	125% BRSS
Imagerie médicale et échographie			
Imagerie médicale et échographie - médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	135% BRSS	145% BRSS
Imagerie médicale et échographie - médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	115% BRSS	125% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100% BRSS	115% BRSS	125% BRSS
Médicaments (y compris vaccins acceptés par la Sécurité Sociale)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Orthopédie/Petit appareillage	100% BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
HOSPITALISATION (y compris maternité et hospitalisation à domicile)			
Honoraires médicaux			
Honoraires médecins -Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	195% BRSS	220% BRSS
Honoraires médecins – Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	175% BRSS	200% BRSS
Frais hospitaliers			
Prise en charge du forfait de 24€ pour les actes médicaux > ou égaux à 120€	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres frais hospitaliers			
Frais de séjour	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Chambre particulière	Néant	60 € / jour	75 € / jour
Chambre particulière – Etablissement spécialisé	Néant	60 € / jour limité à 60 jours	75 € / jour limité à 60 jours
Forfait accompagnant (enfant ou adulte)	Néant	25 € / jour	30 € / jour
OPTIQUE (2) (3)			
Equipement du panier 100% santé*			
Monture + 2 verres de tous types (4) Prestation d'appairage et d'adaptation de la correction	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites réglementaires de vente		
Equipement à tarif libre			
Monture (5)	Minima panier de soins : *équipement avec 2 verres simples 100€, 1 verre simple & 1 complexe ou hypercomplexe : 125€, 2 complexes ou hypercomplexes : 200€*	GRILLE 2 **dans le respect des minimas et maximas du décret** Voir tableau Optique ci-dessous	GRILLE 3 **dans le respect des minimas et maximas du décret** Voir tableau Optique ci-dessous
Verres (6)			
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire	100% BRSS	100% BRSS + 150 € / an	100% BRSS + 200 € / an
Chirurgie réfractive par œil	-	Forfait maximum de 200 € / œil	Forfait maximum de 400 € / œil
Prestation d'adaptation	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Matériel pour amblyopie	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

* Tel que défini réglementairement

DENTAIRE			
Soins et prothèses du panier 100% santé*			
Soins et prothèses du panier 100% santé*	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites réglementaires de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites réglementaires de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites réglementaires de vente
Soins à tarifs maîtrisés ou libres			
Soins dentaires sans dépassement	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Soins dentaires avec dépassements	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Inlay-Core	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Prothèses à tarifs maîtrisés ou libres			
Prothèses remboursées	125% BRSS	370 % BRSS	470 % BRSS
	Plafond annuel 1000 € hors S.S et 125% BRSS au-delà	Plafond annuel 1500 € hors S.S et 125% BRSS au-delà	Plafond annuel 2000 € hors S.S et 125% BRSS au-delà
Autres			
Orthodontie jusqu'à 16 ans	125% BRSS	300% BRSS (2/an)	350% BRSS (2/an)
Implantologie/Parodontologie	Néant	250€ (max 2 implants/an)	400 € (max 2 implants/an)
AIDES AUDITIVES (7)			
Aides auditives classe I	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Aides auditives classe II > 20 ans	100 % BRSS	150 % BRSS + 200€ / an	300 % BRSS + 400 € / an
Aides auditives classe II < 20 ans	100 % BRSS	100 % BRSS + 300 € / an	100 % BRSS + 300 € / an
TRANSPORT			
Transport	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRÉVENTION			
Actes de prévention (pris en charge par le RO)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRESTATIONS DIVERSES			
Cure thermale	Néant	100 € / an	100 € / an
Médecines douces : Chiropractie-ostéopathie- acupuncture – étiopathie – diététicien - homéopathie - podologue - psychologue et tout professionnel de santé inscrit aux répertoires ADELI ou RPPS	Néant	30€/séance dans la limite de 5 séances par an, max 150€ / an	30€/séance dans la limite de 5 séances par an, max 150€ / an
Assistance : Niveau 1 Collectives Territoriales	Oui	Oui	Oui
Accès téléconsultation (MesDocteurs)	Oui	Oui	Oui

* Tel que défini réglementairement

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements

(2)« - Prise en charge par période de deux ans* d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture pour les assurés de 16 ans et plus;
- Prise en charge par période d'un an* d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture pour les mineurs de moins de 16 ans ;
- Prise en charge par période de 6 mois (*) pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de ma monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.
Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
* Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. »

(3) Pour les équipements optiques possibilité de mixer des éléments du panier 100% santé avec des éléments à tarif libre.

(4) Le prix réglementaire de vente est limité à 30 € pour les montures de classe A (panier 100% santé)

(5) Le remboursement au titre de la monture de classe B (tarif libre) est plafonné à 100 €.

(6) Définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables : voir tableaux annexes

(7) Remboursement limité à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Le remboursement d'une aide auditive hors 100% santé est limité à 1700€ par oreille, remboursement du RO inclus.

TABLEAUX OPTIQUE

FORMULE 2	RENFORCÉE	
Type de Verre	**Mineurs < 16 ans**	**Adultes et Mineurs > ou = à 16 ans**
Verres Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	48,75 €	48,75 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	93,75 €	93,75 €
sphère de -8,25 à -12 ou de +8,25 à +12	101,25 €	101,25 €
sphère < -12 ou >+12	101,25 €	101,25 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre < +4 sphère de -6 à +0	56,25 €	56,25 €
cylindre < +4 sphère < -6	93,75 €	93,75 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +0	93,75 €	93,75 €
cylindre > +4 sphère < -6	93,75 €	93,75 €
sphère SPH> 0 et cylindre CYL > et SPH+CYL <4	63,75 €	63,75 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et SPH+CYL >4 et <+8	93,75 €	93,75 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et SPH+CYL >8 et <+12	176,25 €	176,25 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et SPH+CYL >12	176,25 €	176,25 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques		
sphère de -4 à +4	112,50 €	112,50 €
sphère < -4 ou >+4	157,50 €	157,50 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques		
sphère de -8 à +8	135,00 €	135,00 €
sphère < -8 ou >+8	172,50 €	172,50 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et [SPH+CYL] >0 et <+8	195,00 €	195,00 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et [SPH+CYL] >8	255,00 €	255,00 €
Monture	85,00 €	100,00 €

*** Le remboursement assureur s'exprime hors participation Sécurité Sociale pour les verres et participation sécurité Sociale incluse pour les montures. Le remboursement s'entend par verre.*

FORMULE 3	SUPERIEURE	
Type de Verre	**Mineurs < 16 ans**	**Adultes et Mineurs > ou = à 16 ans**
Verres Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	65,00 €	65,00 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	125,00 €	125,00 €
sphère de -8,25 à -12 ou de +8,25 à +12	135,00 €	135,00 €
sphère < -12 ou >+12	135,00 €	135,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre < +4 sphère de -6 à +0	75,00 €	75,00 €
cylindre < +4 sphère < -6	125,00 €	125,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +0	125,00 €	125,00 €
cylindre > +4 sphère < -6	125,00 €	125,00 €
sphère SPH> 0 et cylindre CYL > et [SPH+CYL] <4	85,00 €	85,00 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et [SPH+CYL] >4 et <+8	125,00 €	125,00 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et [SPH+CYL] >8 et <+12	235,00 €	235,00 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et [SPH+CYL] >12	235,00 €	235,00 €

Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques		
sphère de -4 à +4	150,00 €	150,00 €
sphère < -4 ou >+4	210,00 €	210,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques		
sphère de -8 à +8	180,00 €	180,00 €
sphère < -8 ou >+8	230,00 €	230,00 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et [SPH+CYL] >0 et <+8	260,00 €	260,00 €
sphère SPH> 0, cylindre CYL > et [SPH+CYL] >8	340,00 €	340,00 €
Monture	95,00 €	100,00 €

*** Le remboursement assureur s'exprime hors participation Sécurité Sociale pour les verres et participation sécurité Sociale incluse pour les montures. Le remboursement s'entend par verre.*

Annexe optique

Limites de remboursement optique du contrat responsable à compter du 1er janvier 2020 lorsque le contrat prévoit une couverture en optique en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100% santé

Catégories de verres	Planchers et plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
Deux verres **simples** : verres appartenant à la catégorie ci-dessous précisée Deux verres unifocaux - sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - 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 ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	- Minimum : 50€ - Maximum : 420€ dont 100€ au maximum pour la monture
Deux verres **complexes unifocaux, multifocaux et progressifs** : verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées verre unifocal - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200€ - Maximum : 700€ dont 100€ au maximum pour la monture
Deux verres **hypercomplexes multifocaux et progressifs** : verres appartenant à la catégories ci-dessous précisée verres multifocaux ou progressifs - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	- Minimum : 200€ - Maximum : 800€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Un verre simple (cf. ci-dessus) Verre 2 – Un verre complexe unifocal, multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 125€ - Maximum : 560€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Verre simple (cf. ci-dessus) Verre 2 – verre hypercomplexe multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 125€ - Maximum : 610€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Verre complexe unifocal, multifocal et progressif (cf. ci-dessus) Verre 2 – verre hypercomplexe multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 200€ - Maximum : 750€ dont 100€ au maximum pour la monture

Article 6 - Tableau des cotisations mensuelles au 1er janvier 2022

Formule 1 :

	Adhérent			Conjoint		
Tranche d'âge	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC
Adhérent - 30 ans	0,58%	0,66%	22,62 €	0,58%	0,66%	22,62 €
Entre 30 et 50 ans	0,82%	0,93%	31,88 €	0,82%	0,93%	31,88 €
Adhérent +50 ans	1,23%	1,39%	47,65 €	1,23%	1,39%	47,65 €
Retraité	1,55%	1,76%	60,33 €	1,55%	1,76%	60,33 €
	Par enfant à charge			**Famille**		
Tranche d'âge	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC
Adhérent - 30 ans	0,41%	0,46%	15,77 €	1,99%	2,25%	77,13 €
Entre 30 et 50 ans	0,41%	0,46%	15,77 €	2,46%	2,79%	95,64 €
Adhérent +50 ans	0,41%	0,46%	15,77 €	3,28%	3,71%	127,18 €
Retraité	0,37%	0,42%	14,40 €	3,86%	4,37%	149,80 €

Formule 2 :

	Adhérent			Conjoint		
Tranche d'âge	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC
Adhérent - 30 ans	0,87%	0,99%	33,94 €	0,87%	0,99%	33,94 €
Entre 30 et 50 ans	1,35%	1,53%	52,45 €	1,35%	1,53%	52,45 €
Adhérent +50 ans	2,00%	2,26%	77,47 €	2,00%	2,26%	77,47 €
Retraité	2,90%	3,28%	112,44 €	2,90%	3,28%	112,44 €

	Par enfant à charge			Famille		
Tranche d'âge	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC
Adhérent - 30 ans	0,65%	0,74%	25,37 €	3,05%	3,46%	118,61 €
Entre 30 et 50 ans	0,62%	0,70%	24,00 €	3,93%	4,45%	152,55 €
Adhérent +50 ans	0,63%	0,71%	24,34 €	5,25%	5,95%	203,97 €
Retraité	0,65%	0,74%	25,37 €	7,09%	8,03%	275,27 €

Formule 3 :

	Adhérent			Conjoint		
Tranche d'âge	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC
Adhérent - 30 ans	1,02%	1,15%	39,42 €	1,02%	1,15%	39,42 €
Entre 30 et 50 ans	1,83%	2,07%	70,96 €	1,83%	2,07%	70,96 €
Adhérent +50 ans	2,34%	2,65%	90,84 €	2,34%	2,65%	90,84 €
Retraité	3,55%	4,02%	137,81 €	3,55%	4,02%	137,81 €

	Par enfant à charge			Famille		
Tranche d'âge	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC	HT en % du PMSS	TTC en % du PMSS	€ TTC
Adhérent - 30 ans	0,87%	0,99%	33,94 €	3,77%	4,27%	146,38 €
Entre 30 et 50 ans	0,87%	0,99%	33,94 €	5,39%	6,10%	209,11 €
Adhérent +50 ans	0,87%	0,99%	33,94 €	6,43%	7,28%	249,56 €
Retraité	0,82%	0,93%	31,88 €	8,73%	9,89%	339,03 €

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS de l'année N-1 (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) et suivent l'indexation de celui-ci à chaque 1er janvier.

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

À 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. Une majoration peut être appliquée si le P/C est strictement supérieur à 105%. Toutefois, la majoration sera plafonnée à 15% par an.

Article 7 - Date de prise d'effet

Le contrat prend effet le 1er janvier 2022.

FAIT EN TROIS EXEMPLAIRES

A ,	A ,	A Paris,
Le	Le	Le
Pour le Centre de Gestion	**Pour le souscripteur**	**Pour la Mutuelle Nationale Territoriale**
(cachet et signature)		