

Centre de Gestion de la FPT de la Charente
CONVENTION DE PARTICIPATION
Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011
Risque santé
Contrat collectif à adhésions facultatives : conditions particulières

Le **contrat collectif à adhésions facultatives** est conclu entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** au titre de la convention de participation :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	Centre de gestion de la FPT de la Charente	Mutuelle Nationale Territoriale
SIRET n° :	281 600 130 00013	775 678 584 03070
Siège social :	30, rue Denis Papin CS 12213 16022 ANGOULÊME	4 rue d'Athènes 75 009 Paris
Représenté par :	Monsieur Patrick BERTHAULT	Christophe ROPERCH
En qualité de :	Président	Directeur adjoint
Qualité juridique :		Mutuelle relevant du livre II du code de la Mutualité
Raison sociale :		Mutuelle Nationale Territoriale
SIRET n° :		775 678 584 03070
Siège social :		4 rue d'Athènes 75 009 Paris

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1. Dispositions générales.....	2
2. Garanties	3
3. Cotisations.....	5
3.1. Tableau des cotisations	5
3.2. Evolution des cotisations.....	6
3.2.1. Indexation annuelle.....	6
3.2.2. Evolution exceptionnelle des cotisations.....	6
4. Informations relatives aux frais de gestion et à l'indemnisation	7
5. Gestion et pilotage	8
6. Réserves	8

1. Dispositions générales

Objet du contrat

Le contrat collectif d'assurance a pour objet le versement aux Assurés par l'Assureur de prestations d'assurance santé complémentaire en relais et en complément de leur protection sociale de base. Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, **par ordre d'application préférentielle** :

1. Les conditions particulières,
2. Les conventions spéciales,
3. Les conditions générales de l'Assureur,
4. Le dossier contractuel de gestion.

Le contrat est régi par le droit français de l'assurance, y compris **la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin »**.

Parties prenantes au contrat

Assurés. Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents mis à disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public et les agents détachés auprès du souscripteur.

Assureur. Société d'assurance régie par le code des assurances, ou mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque prévoyance. L'Assureur peut être représenté par un intermédiaire d'assurance enregistré à l'ORIAS.

Employeur. Collective territoriale ou établissement public local ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des Assurés.

Souscripteur. Employeur public territorial ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des Assurés.

Effet et durée

Date d'effet. 1^{er} janvier 2022.

Echéance. 1^{er} janvier.

Durée. Six (6) années, soit du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2027, prorogeable une (1) année.

Résiliation du contrat. Toute demande de résiliation du contrat est effectuée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances sans frais ni pénalités. Le contrat peut être résilié par :

- **Le Souscripteur** à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet selon la date indiquée dans le courrier adressé par le Souscripteur **ou, par défaut**, un mois après que l'Assureur en a reçu notification par le Souscripteur.
- **L'Assureur** sous la réserve de respecter un préavis de 6 mois qui précède la date d'échéance.

Résiliation de l'adhésion. Toute demande de résiliation de l'adhésion est effectuée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances sans frais ni pénalités. Le contrat peut être résilié par :

- **L'Assuré** à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Assuré,
- **L'Employeur** à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet selon la date indiquée dans le courrier adressé par le Souscripteur **ou, par défaut**, un mois après que l'Assureur en a reçu notification par le Souscripteur.

2. Garanties

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 du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
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 des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Honoraires :			
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	125%	150%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments	100%	100%	100%
Vaccins antigrippal	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	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 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti
Homéopathie (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, ostéopathes, réflexologues, diététiciens, homéopathes, psychologues	100 €	125 €	150 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
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 des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée, y compris maternité (par jour)	50 €	50 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour)	20 €	20 €	30 €
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour)	30 €	30 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

Optique			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	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 mineurs 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 :			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet	Remboursement intégral à hauteur des prix limites de ventes et honoraires limites de facturation en vigueur à la date des		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Equipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à 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)	200 €	300 €	400 €
Dentaire			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	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 :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral à hauteur des prix limites de ventes et honoraires limites de facturation en vigueur à la date des		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	150%	200%	300%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse et par semestre)	200 €	200 €	300 €
Traitement d'orthodontie (par an)	200 €	200 €	300 €
Parodontologie (par an)	100 €	150 €	200 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €
Aides auditives			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	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 à hauteur des prix limites de ventes et honoraires limites de facturation en vigueur à la date des		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive, limitée à 1 700 € par oreille	100%+200€	100%+400€	100%+900€
Autres prestations			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	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	150 €	200 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui

3. Cotisations

3.1. Tableau des cotisations

Les cotisations sont exprimées en montant forfaitaire, et sont indexées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) au 1^{er} janvier de chaque année (date d'échéance du contrat collectif d'assurance),

Le rapport entre la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable.

Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

L'Assureur complète les montants de cotisations selon le tableau ci-après, applicables à la date d'effet du contrat :

Grille des montants de cotisation TTC par personne			
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (1)	17,50 €	24,25 €	30,35 €
Actif moins de 30 ans	23,04 €	36,27 €	48,03 €
Actif de 31 à 40 ans	27,67 €	41,04 €	54,32 €
Actif de 41 à 50 ans	35,32 €	49,30 €	65,20 €
Actif de 51 à 60 ans	48,40 €	63,78 €	84,40 €
Actif plus de 61 ans	59,61 €	78,61 €	104,00 €
Retraité :	85,05 €	98,88 €	123,60 €

(1) gratuité à partir du 3^{ème} enfant et suivants

3.2. Evolution des cotisations

3.2.1. Indexation annuelle

Les cotisations sont indexées au premier janvier sur le PMSS.

3.2.2. Evolution exceptionnelle des cotisations

Motifs d'évolution :

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 par garantie 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.

Dans tous les cas, le taux de majoration, hors indexation, des cotisations est plafonné à 5 %.

Cadre à respecter :

Lorsque l'Assureur souhaite modifier les cotisations au premier janvier de l'année suivante au titre des motifs prévus à l'article 20 du décret n°2011-1474, il adresse sa demande au Souscripteur **au plus tard le 30 juin** de l'année. Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. L'Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

- En cas d'acceptation des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, les nouveaux taux de cotisation font l'objet d'un avenant aux conditions particulières,
- En cas de refus des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, le Souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l'échéance.

4. Informations relatives aux frais de gestion et à l'indemnisation

Les garanties d'assurance complémentaire santé sont éligibles à la participation du Souscripteur à conditions de respecter les critères du « *contrat responsable* »¹. Parmi ces critères, l'Assureur a obligation de communiquer les informations² de deux ratios exprimés en pourcentage : le ratio entre le montant des prestations et le montant des cotisations hors taxes (ratio P/C), et le ratio entre le montant des frais de gestion et le montant des cotisations hors (ratio F/C).

Ratio P/C : ratio (%) prestations sur cotisations hors taxes

Le **ratio entre le montant des prestations** versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

L'Assureur doit communiquer ce ratio correspondant à l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance.

Année de l'exercice comptable des ratios :	2019
Ratio de l'ensemble du portefeuille :	72 %
Ratio du portefeuille de contrats collectifs :	106 %

Ratio F/C : ratio (%) frais de gestion sur cotisations hors taxes

Le **ratio entre le montant total des frais de gestion** au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), **les souscrire** (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) **et les gérer** (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), **c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.**

Le ratio indiqué ci-dessous est celui applicable pendant toute la durée du contrat, et doit être mentionné obligatoirement dans le rapport annuel sur les comptes du contrat prévu à l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

Ratio contractuel	10 %
--------------------------	-------------

¹ Articles L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

² Article 3 de l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

5. Gestion et pilotage

L'Assureur prend en compte le dispositif de gestion suivant :

Adhésions	Les adhésions sont enregistrées directement par l'Assureur.
Cotisations	Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur la paie des Assurés par l'Employeur selon la procédure du précompte, puis reversées le mois suivant à l'Assureur.
Prestations	Les Assurés déclarent directement leur demande de prestations auprès de l'Assureur.
Pilotage	Afin d'assurer la qualité du pilotage des engagements d'assurance du présent contrat collectif, l'Assureur participe au pilotage de celui-ci (réunion annuelle du comité de suivi avec l'Assureur, contrôle des données et analyse du compte de résultat annuel établi annuellement par l'Assureur, état de gestion des dossiers, suivi des demandes éventuelles de majorations tarifaires de l'Assureur).

6. Réserves

Les réserves de l'Assureur aux conventions spéciales doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive, et doivent être obligatoirement numérotées :

N°	Réserves
1	
2	
3	
4	
5	

Fait à : Paris

Le : 25/03/2021

Pour l'Assureur MNT

Prénom / Nom : Christophe ROPERCH

Qualité : Directeur adjoint

Signature :

Pour le Souscripteur

Prénom / Nom :

Qualité :

Signature :