

**AVENANT N° 5 AU CONTRAT
DE SANTE COLLECTIVE**

Entre : **Le Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente**, représenté par Monsieur Patrick BERTHAULT en sa qualité de Président

Adresse : 30 rue Denis Papin CS 12213
16022 ANGOULEME

*Ci-après dénommé le Souscripteur,
d'une part,*

Et : **La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)**
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

*Ci-après dénommée la MNT,
d'autre part,*

Suite à la décision portant sur le choix de la Mutuelle Nationale Territoriale pour la conclusion de la convention de participation en matière de protection sociale complémentaire « Santé » en faveur du personnel du Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente, des collectivités territoriales et des établissements publics ayant donné mandat au Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente pour la conclusion de la Convention de Participation,

Vu la Convention de Participation signée à effet du 1^{er} janvier 2022 entre le Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente et la Mutuelle Nationale Territoriale pour une durée de six ans,

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

Vu la Loi n° 2025-594 du 30 juin 2025 contre toutes les fraudes aux aides publiques,

Vu l'Arrêté du 10 octobre 2025 modifiant la liste des produits et prestations remboursables pour les fauteuils roulants,

Vu l'Arrêté du 16 octobre 2025 modifiant la liste des produits et prestations remboursables pour les prothèses capillaires,

Vu le Décret n°2025-1131 du 26 novembre 2025 relatif aux contrats responsables et à la prise en charge de certains équipements de santé,

Article 1er : Modification des cotisations

Conformément à l'article 3.1 Tableau des cotisations - des conditions particulières du contrat collectif d'assurance santé à adhésions facultatives concernant l'évolution des cotisations, les cotisations sont majorées de x% suite à l'indexation des cotisations sur le PMSS et 1,4% suite à la majoration pour évolutions légales, réglementaires et conventionnelles (avec les professionnels de santé).

Tableau des cotisations mensuelles :

Grille des montants de cotisation TTC par personne			
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant			
Actif moins de 30 ans			
Actif de 31 à 40 ans			
Actif de 41 à 50 ans			
Actif de 51 à 60 ans			
Actif plus de 61 ans			
Retraité			

Article 2 : Mise en conformité du tableau des prestations

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 adhérés 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 adhérés 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%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
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	100%	100%	100%
Matériel médical :			
Equipement <u>100% santé</u> * appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement	Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée			
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 €
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €

AR Prefecture

016-281600130-20260715-DELIB2026_49BIS-DE
Reçu le 16/07/2026

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 adhéré 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 adhéré 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
Forfait Patient Urgence (FPU)	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 <u>100% santé</u> 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 soins		
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 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 €

AR Prefecture

016-281600130-20260715-DELIB2026_49BIS-DE
Reçu le 16/07/2026

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 soins		
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 soins		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive, limité à 1 700 € par oreille :			
Remboursement par aide auditive adulte (par oreille)	600 €	800 €	1 300 €
Remboursement par aide auditive enfant (par oreille)	1 600 €	1 700 €	1 700 €
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 €
RMA Assistance à domicile	Oui	Oui	Oui
RMA Aide à domicile	Oui	Oui	Oui
Accès téléconsultation (MAIIA)	Oui	Oui	Oui

(*) Cette garantie comprend la prise en charge prothèses capillaires de classe II à prise en charge renforcée et la prise en charge du forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), tels que prévus aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

Article 3 – Date de prise d’effet

Les dispositions du présent avenant prennent effet le **1^{er} janvier 2027**, à l'exception de celles concernant l'article 2 qui prend effet au 1^{er} décembre 2025 pour les fauteuils roulants et à compter du 1^{er} janvier 2026 pour les prothèses capillaires.

Toutes les dispositions du contrat non modifiées par le présent avenant demeurent inchangées.

FAIT EN DEUX EXEMPLAIRES

A _____ ,

Le

Pour le Centre de gestion

A Paris,

Le

Pour la Mutuelle Nationale Territoriale

PROJET