



CONDITIONS PARTICULIERES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

Sapeurs-Pompiers Professionnels Personnels Administratifs, Techniques et Spécialisés

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

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) de l'Hérault,
150 rue Supernova – 34570 VAILHAUQUES
représenté par son président.

Ci-après dénommée le Souscripteur.

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

Le Souscripteur déclare souscrire le contrat précité conformément aux Conditions Générales référencées « CG Santé 2019 – SDIS 34 » 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 stagiaires et titulaires affiliés à la CNRACL ou assimilés (agents détachés au sein de la collectivité pouvant cotiser à la CNRACL ou au régime des Pensions Civiles et Militaires), ou non titulaires de droit public recrutés au titre des articles 3.3, 3.4, 3.5 et 110 de la loi n° 84-53 du 26 janvier - 1984 ;
- les agents en contrat de droit public à durée indéterminée ;
- les agents en contrat de droit public à durée déterminée ayant une ancienneté de 6 mois ;
- les agents de droit privé sous réserve d'une ancienneté de 6 mois continus ;

De plus le personnel (tel que défini ci-avant) retraité du Souscripteur peut également adhérer au contrat (dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire). L'ensemble des actifs qui ont fait valoir leur droit à la retraite sont soumis à la cotisation retraité (même en cas d'exercice d'activité de sapeur-pompier volontaire).

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 et les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint tels que définis à l'article 4 des Conditions Générales.

Article 2 - Délai de résiliation

Le Membre Participant peut mettre un terme à l'adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis de deux mois.

Article 3 - 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 à l'article 22 des Conditions Générales.

Les montants exprimés en pourcentage de la BR (base de remboursement de la sécurité sociale ou tarif sécurité sociale reconstitué) comprennent le remboursement de la sécurité sociale, à concurrence des frais réels. Ils ne peuvent dépasser le montant des frais réels engagés.

	Formule de base	Formule améliorée
Médecine générale		
Honoraires des médecins généralistes adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS/OPTAM*)	125% BR	175% BR
Honoraires des médecins spécialistes adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS/OPTAM*)	125% BR	175% BR
Honoraires des médecins généralistes ou spécialistes non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS/OPTAM*)	125% BR	175% BR
Actes de chirurgie (en ADC) et actes de spécialités (en ATM) y compris ceux pratiqués lors d'une hospitalisation en ambulatoire (chambre seule non comprise)	150% BR	200% BR
Radiologie, Echographie (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	125% BR	175% BR
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, orthophonie, kinésithérapie...)	125% BR	175% BR
Analyse médicale, Examen en laboratoire et prélèvements	125% BR	175% BR
Prise en charge de la franchise de 18€ sur les actes médicaux dont le montant est égal ou supérieur à 120€	Oui	Oui
Pharmacie		
Pharmacie remboursée	100% BR	100% BR
Hospitalisation Médicale ou chirurgicale – Maternité (avec ou sans intervention chirurgicale) Etablissement conventionné		
Frais de séjour établissement conventionné	600% BR	600% BR
Honoraires médicaux (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	300% BR	100% FR
Actes chirurgicaux (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	300% BR	100% FR
Chambre particulière limitée à 90 jours / an/ bénéficiaire	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Forfait journalier hospitalier (sans limitation) limité à 60 jours en psychiatrie/an/bénéficiaire	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) limités à 90 jours / an / bénéficiaire	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour

	Formule de base	Formule améliorée
Hospitalisation Médicale ou chirurgicale- Maternité (avec ou sans intervention chirurgicale)		
Etablissement non conventionné		
Frais de séjour établissement non conventionné	400% BR	400% BR
Honoraires médicaux. (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	130% BR	180% BR
Actes chirurgicaux (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	300% BR	300% BR
Chambre particulière limitée à 90 jours/ an/ bénéficiaire	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Forfait journalier hospitalier (sans limitation) limité à 60 jours en psychiatrie /an/ bénéficiaire	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) limités à 90 jours/ an / bénéficiaire	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Cure thermale (acceptée SS)		
Frais de cure remboursable	-	100% BR + 5% PMSS
Transport		
Ambulance, Taxi, SNCF ...	100% BR	100% BR
Dentaire		
Soins (dentiste / stomatologiste) y compris parodontologie	100% BR	150% BR
Inlays- Onlays (remboursements limités à 100 % PMSS/an/bénéficiaire)	300% BR	400% BR
Prothèses dentaires acceptées par la SS (remboursement limité à 100 % PMSS/an/bénéficiaire)	300% BR	400% BR
Prothèses dentaires refusées par la SS (par couronne, inlay-core, appareil dentaire, bridge) (remboursement limité à 100 % PMSS/an/bénéficiaire)	200% BR	300% BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	200% BR	300% BR
Implants dentaires - Maximum 3 par an /bénéficiaire	250€ / implant	350€ / implant
Optique		
L'équipement optique (verres et monture) est remboursé tous les deux ans sauf changement de vision et sauf enfant mineur - La garantie s'exprime TM inclus. La période de 2 ans s'apprécie à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de celle du premier élément (verre ou monture) de l'équipement		
Monture (Forfait maximum inclus dans l'équipement ci-dessous)	80€	120€
a) Equipement simple (verres et monture) verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	180€	250€
b) Equipement mixte : verre simple et verre complexe (verres et monture) un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	250€	350€
c) Equipement complexe (verres et monture) (verres et monture) verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	350€	450€

	Formule de base	Formule améliorée
d) Equipement mixte (verres et monture) un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	400€	500€
e) complexe et très complexe (verres et monture) un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	450€	600€
f) Equipement très complexe (verres et monture) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	500€	650€
Lentilles acceptées SS / an/bénéficiaire	4 % PMSS	5 % PMSS
Lentilles refusées SS / an/bénéficiaire	4 % PMSS	5 % PMSS
Lentilles jetables / an / bénéficiaire	4 % PMSS	5 % PMSS
Chirurgie des yeux (par œil)	10 % PMSS	15 % PMSS
Appareillage, autres prothèses		
Appareillages remboursés SS (fauteuil, matériel de contention ...) et prothèses diverses sauf celles déjà prévue au présent tableau	150% BR	300% BR
Appareillages - prothèses non remboursés SS par an /bénéficiaire	10% PMSS	15% PMSS
Prothèse auditive / oreille / an / bénéficiaire	5% PMSS	10% PMSS
Autres praticiens : médecines douces		
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Sophrologue (Forfait annuel par bénéficiaire)	100€	150€
Actes, prescriptions non remboursables		
Pilule et autres contraceptifs non remboursés SS /an/ bénéficiaire	-	2% PMSS / an
Vaccins non remboursés SS /an/ bénéficiaire	2% PMSS / an	4% PMSS / an
Actes de prévention (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale)		
2 actes pris en charge	L'ensemble des actes est proposé	L'ensemble des actes est proposé
Assistance aux personnes		
Assistance R.M.A.	Oui	Oui
Pôle social		
Fonds d'Action Sociale	Oui	Oui

Signification des abréviations :

SS : Sécurité Sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale

FR : Frais Réels

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO....). Depuis le 1er Janvier

2017, L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) remplace ainsi le Contrat d'Accès aux Soins en apportant un cadre conventionnel plus lisible et attractif pour les professionnels de santé. Le but est d'améliorer les résultats du CAS, d'amplifier la dynamique conventionnelle en visant une adhésion massive des praticiens. Les critères d'éligibilité sont les mêmes que pour le CAS.

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; désigne l'option par laquelle les médecins du secteur conventionné s'engagent à respecter une pratique tarifaire maîtrisée. L'OPTAM-CO a le même objectif mais cette option est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie et obstétrique.

Ces deux options ont été mises en place avec la nouvelle convention médicale nationale signée le 25 août 2016. La liste des médecins concernés sera consultable sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr>

Les médecins ayant souscrit au CAS devraient progressivement adhérer au nouveau dispositif OPTAM/OPTAM-CO. Attention, cela ne modifie en rien les limitations des garanties liées à ces dispositifs. Les conditions de prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par ces médecins seront identiques.

Afin de couvrir tous les dispositifs de limitations tarifaires, le terme CAS est remplacé par DPTAM en raison de son caractère générique qui permet de couvrir une notion plus large puisqu'elle vise non seulement les médecins ayant adhéré au CAS mais aussi l'OPTAM ou l'OPTAM CO.

(1) Optique : Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans le respect des minima et maxima (qui dépendent de la nature des verres) fixés par la législation, incluant le montant du ticket modérateur. Pour l'application des maxima, la prise en charge des montures de l'équipement est limitée à 150 euros maximum.

Les montants des prestations assurées au titre de cette garantie figurent aux conditions particulières du présent Contrat.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans. Toutefois, pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur complémentaire.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

Le reliquat de prestations non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est systématiquement versé au-delà du forfait remboursé par la mutuelle et dans le CAS/OPTAM où la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale est supérieure à la limite de remboursement.

Article 4 - Tableau des taux de cotisations

Les cotisations mensuelles en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. :

<u>ACTIFS :</u>	Taux en % PMSS	Taux en % PMSS
ISOLE	1,27%	1,88%
DUO (2 adultes ou 1 adulte et 1 enfant)	2,09%	2,85%
FAMILLE (à partir de 3 personnes)	3,40%	4,58%

RETRAITES :	Taux en % PMSS	Taux en % PMSS
ISOLE	2,02%	2,97%
DUO (2 adultes ou 1 adulte et 1 enfant)	3,69%	5,56%
FAMILLE (à partir de 3 personnes)	5,57%	8,23%

Les taux de cotisation sont maintenus pendant les trois premières années de la convention.
A compter de la quatrième année, les cotisations sont révisables annuellement. L'évolution du taux de cotisation ne pourra excéder 3% par an.

En tout état de cause, les montants en euros des cotisations seront revus chaque année en fonction de la valeur du PMSS.

Les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1^{er} janvier d'un exercice civil selon les dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Article 5 - Date de prise d'effet

Le contrat prend effet le 1^{er} janvier 2019.

FAIT EN DEUX EXEMPLAIRES

A _____ ,
Le

A Paris,

Le

Pour le souscripteur

**Pour la Mutuelle Nationale
Territoriale**

Le Président,
(cachet et signature)

Le Président Général