



**AVENANT N°1 AU CONTRAT
DE SANTE COLLECTIVE N°016024-CVS**

Entre : **AUSSAC VADALLE : MAIRIE**

Adresse : **61 RUE DE LA REPUBLIQUE
16560 AUSSAC VADALLE**

*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 de AUSSAC VADALLE : MAIRIE 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 le décret n° 2022-388 du 17 mars 2022 relatif au fonctionnement des Mutuelles et Unions, et aux Institutions de prévoyance,

Vu le décret n° 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue,

Vu l'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L.160-13 du code de la Sécurité Sociale,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er – Délai de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Article 2 – Tableau des Prestations

Le tableau ci-dessous présente les prestations Frais de santé retenues par le Souscripteur au bénéfice de ses Membres Participants et de leurs Bénéficiaires.

Soins courants		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://annuairesante.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 :				
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, étiopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, ostéopathes, réflexologues, diététiciens, homéopathes, psychologues.		100 €	125 €	150 €
Substituts nicotiniques		150 €	150 €	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 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://annuairesante.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 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 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 €			

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%			
Traitements 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 €			
Traitements 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 (MesDocteurs)	Oui	Oui	Oui			

Article 3 – Date de prise d'effet

Les dispositions du présent avenant prennent effet le **1^{er} janvier 2023**.

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

FAIT EN TROIS EXEMPLAIRES

A Angoulême,

Le 16 janvier 2023

Pour le Centre de gestion

A Aussac-Vadalle

Le

Pour le souscripteur

A Paris,

Le 16 janvier 2023

Pour la Mutuelle Nationale Territoriale



Patrick BERTHAULT,
Président du CDG 16



Gérard LIOT

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 9695000Q8HEMSMEPFF2B
Tél : 01 42 47 23 45