



CONVENTION DE PARTICIPATION EN SANTE NOTE DE PRESENTATION

Le 27 juillet 2018

Protection Sociale Complémentaire des Agents Mutuelle Santé Principales Caractéristiques

Introduction

Le Conseil d'Administration du Centre de Gestion des Bouches-du-Rhône (CDG 13) a décidé la mise en place à effet du 1^{er} janvier 2019 de deux conventions de participation portant respectivement sur les risques santé et prévoyance, à l'issue d'une mise en concurrence sur la base de vos mandats et conformément au décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Ces conventions d'une durée de 6 ans (2019-2024) prennent le relais de celles conclues auprès de la mutuelle SOLIMUT Mutuelle de France pour les garanties de prévoyance et de la Mutuelle des Municipaux de Marseille pour la complémentaire santé qui prennent fin au 31 décembre 2018

Les conventions de participation ont pour objectif de permettre aux employeurs qui le souhaitent de verser une participation à leurs agents qui souscrivent aux garanties d'assurance de mutuelle santé et/ou de maintien de salaire.

La participation

Pour rappel, ce dispositif est accessible aux agents si vous décidez de leur verser une participation qui est une aide à la personne, sous la forme d'un montant unitaire par agent ou modulée dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

La participation vient en déduction de la cotisation due et doit être versée directement aux agents. Son montant ne peut excéder le montant de la cotisation.

Enfin, la participation est soumise aux prélèvements sociaux CSG et CRDS pour un montant total de 9,7%, et est incluse dans l'assiette de l'impôt sur le revenu.

La contractualisation

Si vous souhaitez verser une participation et souscrire à la convention de participation et à son contrat collectif d'assurance associé, vous devez :

- Recueillir préalablement l'avis consultatif de votre comité technique, par application de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, ou du comité technique du centre de gestion selon votre effectif,
- Délibérer en conseil après avis de votre comité technique (ou celui du CDG selon votre situation), par application de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Nous vous proposons un modèle de délibération en annexe,
- Souscrire à la convention de participation et au contrat collectif d'assurance à adhésions facultatives proposés par le CDG, dont un exemplaire sera à transmettre au représentant de l'organisme d'assurance (ou au service ad hoc du CDG pour enregistrement préalable puis communication au service adhésion des organismes d'assurance),
- Organiser une ou plusieurs réunions d'information sur les garanties d'assurance et des modalités d'adhésions animées par les représentants des organismes d'assurance qui vous contacteront au préalable,
- Mettre à la disposition de vos agents les kits d'adhésion qui sont mis à votre disposition par les représentants des organismes d'assurance.

Le contrat Complémentaire Santé du groupe VYV /MNT

Le contrat collectif d'assurance est souscrit auprès du groupement Groupe VYV (Union Mutualiste de Groupe), la mutuelle MNT étant l'organisme d'assurance porteur des risques et gestionnaire des prestations.

Cette offre présente les points forts suivants :

- Des **garanties accessibles à tous les agents** sans exception, qu'ils soient fonctionnaires titulaires ou stagiaires, contractuels de droit public ou de droit privé et ce, quelle que soit l'ancienneté dans votre collectivité, **et à l'ensemble des retraités,**
- L'accessibilité des garanties en raison de **l'absence de questionnaire médical à l'adhésion et de tout délai de stage ou de carence,**
- La **modularité des garanties**, afin de tenir compte des différentes situations, puisque les agents et les retraités peuvent souscrire à l'une des 4 formules de garanties,
- Des montants de **cotisations qui sont compétitifs** au regard des données statistiques communiquées par vos soins et qui sont proposés par tranches d'âges et catégories de bénéficiaires et :

- Un maintien des cotisations pendant les deux premières années de la mise en place de la convention
 - Au-delà, un plafonnement de l'augmentation des cotisations à 5% par an
- Un bon niveau de qualité de gestion avec :
- un **extranet à la disposition de vos agents**,
 - un **réseau de tiers payant étendu** à 18 300 professionnels de santé dans le département,
 - la mise à disposition de **réseaux de soins** conséquents avec 446 professionnels de santé répartis dans le département:
 - Dentistes et de diététiciens du réseau LIGNE CLAIRE,
 - Audioprothésistes du réseau AUDISTYA,
 - Opticiens du réseau OPTISTYA,
- Des **services complémentaires dédiés** :
- Assistance,
 - Action sociale et solidaire,
 - Action de prévention,
 - Aide-ménagère,
 - Garde d'enfants,
 - Caution immobilière,
 - Assurance emprunteur.

SANTE /GRILLE DES COTISATIONS

	Isolé	Couple	Monoparent	Famille
Niveau 1				
Adulte - de 32 ans	29,07 €	58,14 €	50,73 €	82,27 €
Adulte - de 50 ans	38,25 €	76,50 €	62,25 €	101,17 €
Adulte + de 50 ans	55,26 €	110,52 €	73,33 €	128,60 €
Retraité	80,62 €	161,64 €	97,81 €	207,65 €
Niveau 2				
Adulte - de 32 ans	33,93 €	67,86 €	59,25 €	96,07 €
Adulte - de 50 ans	44,64 €	89,28 €	72,70 €	118,12 €
Adulte + de 50 ans	64,35 €	128,70 €	85,47 €	149,83 €
Retraité	94,23 €	188,46 €	114,09 €	242,26 €
Niveau 3				
Adulte - de 32 ans	42,84 €	85,67 €	74,81 €	99,59 €
Adulte - de 50 ans	56,34 €	112,69 €	91,78 €	149,10 €
Adulte + de 50 ans	81,80 €	162,79 €	108,07 €	189,48 €
Retraité	119,10 €	238,20 €	144,18 €	238,45 €
Niveau 4				
Adulte - de 32 ans	53,37 €	106,74 €	93,11 €	151,00 €
Adulte - de 50 ans	70,11 €	140,22 €	114,15 €	185,46 €
Adulte + de 50 ans	101,25 €	202,50 €	134,40 €	235,66 €
Retraité	148,14 €	296,28 €	179,31 €	380,69 €

SANTE /TABLEAU DES GARANTIES SANTE

TABLEAU DES GARANTIES SANTE					
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement, complétés éventuellement de forfaits avec ou sans intervention du régime obligatoire	3 311 €				
	Assurance Maladie	Niveau de garanties			
		N1	N2	N3	N4
Soins					
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéres aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 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 adhéres aux OPTAM ou OPTAM.CO, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif					
Honoraires généralistes (consultations, visites)	70%	125%	150%	175%	200%
Honoraires spécialistes (consultations, visites)	70%	125%	150%	175%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes	70%	125%	150%	175%	200%
Auxiliaires médicaux	70%	100%	100%	120%	120%
Analyse et examens de laboratoires	60%-70%	100%	100%	100%	100%
Imagerie médicale - radiologie	70%	100%	100%	100%	100%
Participation assuré actes > 120 Euros	/	Oui	Oui	Oui	Oui
Pharmacie					
Médicaments (à l'exclusion des médicaments remboursés à 15% par le régime obligatoire)	Divers	100%	100%	100%	100%
Homéopathie (spécialités et préparations)	Divers	100%	100%	100%	100%
Contraception remboursée sur prescription	65%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée (par an), y compris médicaments remboursés à 15%	/	30 €	60 €	150 €	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité					
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :					
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéres aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 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 adhéres aux OPTAM ou OPTAM.CO, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif					
Honoraires médicaux & chirurgicaux	80%	125%	150%	175%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes	80%	125%	150%	175%	200%
Frais de séjour	80%	100%	100%	100%	100%
Participation assuré actes > 120 Euros	/	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier	/	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier psychiatrie	/	Oui	Oui	Oui	Oui
Chambre particulière avec nuitée (par jour, jours illimités)	/	20 €	50 €	70 €	100 €
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour, limités à 15 jours)	/	20 €	30 €	40 €	50 €
Optique					
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 150€. 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).					
Equipement					
Remboursement quelque soit l'équipement :	60%	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire :					
a) Equipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	60%	100 €	200 €	300 €	350 €
b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	60%	150 €	250 €	350 €	400 €
c) Equipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	60%	200 €	300 €	450 €	550 €
d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	60%	125 €	200 €	350 €	500 €
e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	60%	200 €	300 €	450 €	550 €
f) Equipement pour adulte à 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 dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	60%	200 €	300 €	450 €	550 €
Frais de lentilles remboursées par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	60%	100€+100€	100€+150€	100€+200€	100€+200€
Frais de lentilles non remboursées par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	/	100 €	150 €	200 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil, par an)	/	Néant	200 €	400 €	400 €
Dentaire					
Garanties délivrées avec un plafond de remboursement par an et par bénéficiaire de :					
Honoraires - Soins dentaires	70%	125%	150%	175%	200%
Prothèses dentaires	70%	100%	200%	300%	350%
Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire	/	/	100 €	200 €	300 €
Traitement d'orthodontie	100%	100%	200%	300%	350%
Traitement d'orthodontie non remboursé par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	/	100 €	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	/	/	100 €	200 €	300 €
Garantie délivrée hors plafond annuel de remboursement :					
Implants (forfait annuel)	/	200 €	500 €	750 €	1 000 €
Appareillage et autres prestations					
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	60%	150%	200%	250%	300%
Prothèses auditives (par appareil)	60%	100%	500 €	750 €	1 000 €
Frais de transport	65%	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux (soins, hébergement, transport)	65% - 70%	100%	100€+135€	100€+150€	100€+200€
Prévention & bien-être					
Actes de prévention (arrêté du 8 juin 2006) :					
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	70%	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	70%	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	70%	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	70%	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	70%	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	70%	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste)	70%	100%	100%	100%	100%
Autres prestations					
Ostéodensitométrie non remboursée par le régime obligatoire (par an)	/	Néant	50 €	75 €	100 €
Vaccin antigrippal	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins remboursés par le régime obligatoire	65%	100%	100%	100%	100%
Vaccins non remboursés par le régime obligatoire	/	Néant	Néant	30 €	60 €
Médecines douces (plafond annuel)	/	30 €	100 €	180 €	230 €
Médecines douces - complément consultation diététicien	/	Néant	20 €	40 €	60 €
Substituts nicotiques sur prescription médicale (en complément du régime obligatoire)	50€-150€	30 €	40 €	50 €	60 €
Allocation maternité	/	Néant	50 €	150 €	250 €
Allocation obsèques	/	Néant	300 €	400 €	500 €
Assistance	/	Oui	Oui	Oui	Oui