CONDITIONS PARTICULIERES D'ADHESION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTE COLLECTIF
A ADHESION FACULTATIVE

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

Ci-après dénommée le Souscripteur.

En présence du Centre de Gestion de la fonction Publique Territoriale du Var ayant conclu, pour le compte et à la demande du souscripteur, la convention de participation à laquelle le contrat est rattaché.

Accusé de réception en préfecture
083-268300928-20251125-2025-11-25D04a-CC
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 26/11/2025
La vice-présidente,
Véronique VIENOT

Ces présentes Conditions particulières d'adhésion viennent compléter les conditions générales de la MNT. En tout état de cause, l'ordre d'application préférentielle des pièces contractuelles dans le cadre de l'exécution de la convention de participation signée entre le CDG du Var et la MNT pour le risque Santé, est le suivant :

- Les conditions particulières et ses deux annexes (CPR),
- Les conventions spéciales (CSP),
- Les conditions générales de la MNT, complétées des présentes conditions particulières d'adhésion,

Le Souscripteur déclare souscrire le contrat précité, conformément aux CPR, aux CSP et aux Conditions Générales référencées « CG - CDG VAR 83 S - 2026 » et aux présentes Conditions Particulières d'adhésion, 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 assurés sont les fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés ou mis à la disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public.

De plus, les agents retraités dont le Souscripteur était le dernier employeur peuvent également adhérer au contrat (dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire).

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, le concubin, le partenaire de PACS, et les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint (ou de son partenaire de PACS ou de son concubin), tels que définis à l'article 4 des Conditions Générales.

Article 2 - Contrat solidaire et responsable

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

Ce contrat est conforme aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et aux textes d'application.

Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale conférant ainsi à ces garanties leur caractère responsable.

Article 3 - Délai de résiliation

Durant les 12 premiers mois suivant la prise d'effet de l'adhésion, le membre participant peut mettre un terme à son adhésion ainsi qu'à celle de ses bénéficiaires en notifiant sa volonté à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis de deux mois selon l'une des modalités suivantes :

- Par lettre ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle ;
- Par acte extrajudiciaire ;
- Par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

La MNT atteste par écrit la réception de la demande de résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la MNT jusqu'à cette même date.

Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant peut mettre fin à son adhésion ainsi qu'à celle de ses bénéficiaires, sans frais ni pénalités, à tout moment en cours d'année, selon les mêmes modalités que celles précisées ci-avant.
La MNT atteste par écrit la réception de la demande de résiliation.

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
083-268300928-20251125-2025-11-35D04a-CC
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 28/11/2025
La vice-présidente,
Véronique VIENOT

La résiliation prend effet un mois après la réception par la MNT de la demande du membre participant.
La MNT rembourse au membre participant la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

Article 4 - 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 garanties sont proposées à l'ensemble des Assurés par la MNT et sont identiques pour tous les agents et retraités qui adhérent au contrat collectif. De même, elles sont identiques à l'ensemble des Bénéficiaires rattachés à l'adhésion de l'agent.

TABLEAU DES GARANTIES SANTE

Soins courants **Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré**	**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 de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception prise en charge par l'Assurance maladie sur prescription	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces : l'acupuncture, la chiropractie, la diététique, l'étiopathie, l'hypno-thérapie, la mésothérapie, la micro-kinésithérapie, l'ostéopathie, les soins pédicures et podologues, la réflexologie, la psychothérapie, le recours aux psychologues, psychomotriciens et aux reflexologues (par an)	100 €	150 €	200 €

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
083-268300928-20251125-2025-11-25D04a-CC
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 26/11/2025
La vice-présidente,
Véronique VIENOT

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	**N1**	**N2**	**N3**
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 de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux effectués en milieu hospitalier	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (article L,174-4 CSS) et psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)			
Services maladie, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour, limité à 60 jours, par séjour)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

Optique			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	**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 enfants de moins de 16 ans 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	100% SANTE		
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	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%
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 cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	**N1**	**N2**	**N3**
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	100% SANTE		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants et tout acte lié à l'implantologie non pris en charge par l'Assurance maladie (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
083-268300928-20251125-2025_11_25D04a-CC
Accusé certifié exécutoire
Réception par la préfecture le 01/12/2025
La vice-présidente,
Véronique VIENOT

Aides auditives			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	**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	100% SANTE		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	**N1**	**N2**	**N3**
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :			
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 de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui

Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;

b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;

c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;

d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

b) Coqueluche : avant 14 ans ;

c) Hépatite B : avant 14 ans ;

d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant

f) Haemophilus influenzae B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
083-268300928-20251125-2025-11-25D04a-CC
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 26/11/2025
La vice-présidente,
Véronique VIENOT

Article 5 - Tableau des cotisations mensuelles TTC en euros au 1er janvier 2026

Grille des montants de cotisation TTC par personne						
Age	**Niveau 1**		**Niveau 2**		**Niveau 3**	
	Montant TTC mini	**Montant TTC proposé**	**Montant TTC mini**	**Montant TTC proposé**	**Montant TTC mini**	**Montant TTC proposé**
Enfant (gratuité à compter du 3ème)	/	22,97€	/	30,50€	/	39,96€
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	/	34,74€	/	46,12€	/	60,44€
Adulte actif de plus de 30 ans à 40 ans inclus	/	41,41€	/	54,97€	/	72,03€
Adulte actif de plus de 40 ans à 50 ans inclus	/	52,54€	/	65,39€	/	86,03€
Adulte actif de plus de 50 ans	/	79,15€	/	98,51€	/	129,60€
Retraité	/	102,17€	/	135,64€	/	177,75€

Les montants de cotisation ne s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties.

Ainsi, et à titre d'exemple, pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant.

Les cotisations sont exprimées en euros. Elles évolueront de 3% la 2ème et 3ème année (soit, en 2027 et 2028), hors évolution réglementaire, législative ou fiscale.
A compter du 1er janvier 2028, les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1er janvier d'un exercice civil, selon les dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

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 la Mutuelle sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
  - 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,

Et :

  - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
  - Les frais de gestion.

Les seuils de déclenchement de l'augmentation tarifaire selon le ratio Prestations / Cotisations ainsi que le taux d'augmentation maximum des taux de cotisation correspondants seront encadrée de la façon suivante :

Périodes	**Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)**	**Taux de majoration Dans la limite de :**
Année 1	**/**	**0%**
Année 2	**/**	**3%**
Année 3	**/**	**3%**
Années 4 et suivantes	**P/C < 100%**	**0%**
	P/C < 110%	**7%**
	P/C < 120%	**9%**
	P/C < 130%	**10%**
	P/C > 130%	**10%**
	Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat	

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
083-268300928-20251125-2025-11-25D04a-CC
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 26/11/2025
La vice-présidente,
Véronique VIENOT

Article 6 - Date de prise d'effet

Le contrat prend effet le .

FAIT EN TROIS EXEMPLAIRES

A	A	A Paris,
Le	Le	Le 3 novembre 2025
Pour le Centre de Gestion	**Pour le souscripteur**	**Pour la Mutuelle Nationale Territoriale**
(cachet et signature)		Aurélie DELAUNEY, Directrice Développement Commercial 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 9695000Q8HEMSMEPFF Tél : 01 42 47 23 45

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
083-268300928-20251125-2025-11-25D04a-CC
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 26/11/2025
La vice-présidente,
Véronique VIENOT