



CONVENTION DE PARTICIPATION CDG BOUCHES DU RHONE

CONDITIONS PARTICULIERES

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 CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DES
BOUCHES-DU-RHÔNE**

Siège social : 15 boulevard de la Grande THUMINE – CS 10439 – 13098 AIX EN
PROVENCE Cedex 02
Représenté par Monsieur Georges CRISTIANI en sa qualité de Président, dûment habilité à
l'effet des présentes,

Ci-après dénommé le CDG 13,

Et

COLLECTIVITE DE SIMIANE-COLLONGUE

Dont le siège est Place le Sévigné, hôtel de ville, 13109 Simiane-Collongue

Représenté par M. Philippe ARDHUIN, Maire

Ci-après dénommé le Souscripteur,

En présence du Centre Départemental de Gestion des Bouches-du-Rhône ayant conclu, pour le compte et à la demande du souscripteur, la convention de participation à laquelle le contrat est rattaché.

Le souscripteur déclare adhérer au contrat précité conformément aux Conditions Générales référencées « CG SANTE– CDG 13 – 2025 » et aux présentes Conditions Particulières pour l'ensemble du Groupe assuré désigné aux conditions générales.

Article 1 - Prestations Frais Santé

Le tableau ci-dessous présente les prestations Frais de santé retenues par le Centre Départemental de Gestion des Bouches-du-Rhône des au bénéfice de ses Membres Participants et de leurs Bénéficiaires.

Les prestations Frais de santé sont définies conformément aux Conditions Générales.

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	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 de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	175%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	155%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	175%	200%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	155%	180%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	175%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	155%	180%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	100%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	120%	120%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	100%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments à SMR majeur ou important et préparations magistrales (65%)	100%	100%	100%
Médicaments à SMR modéré (30%)	100%	100%	100%
Médicaments à SMR faible (15%)	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Vaccin antigrippal	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	250%	300%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	OUI	OUI	OUI
Pharmacie homéopathique (par an)	60 €	150 €	150 €
Médecines douces : acupuncture, chiropractie, diététique, étiopathie, hypnothérapie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, podologie, pédicurie, réflexologie, psychothérapie, psychologie, psychomotricité (par an)	100 €	180 €	230 €
Consultation diététicien en complément médecines douces	20 €	40 €	60 €
Vaccins	/	30 €	60 €

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	Niveau de garanties		
	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 des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	175%	200%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	155%	180%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	175%	200%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	155%	180%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux : le forfait s'entend par an et par bénéficiaire	100%+135€	100%+150€	100%+200€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	OUI	OUI	OUI
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Intégralité	Intégralité	Intégralité
Forfait journalier hospitalier	OUI	OUI	OUI
Forfait journalier psychiatrie	OUI	OUI	OUI
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	70 €	100 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	40 €	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	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 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 :			
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée	Remboursement intégral		
Équipement complet			
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Équipement à verres simples	200 €	300 €	350 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	250 €	350 €	400 €
c) Équipement à verres complexes	300 €	450 €	550 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	250 €	350 €	500 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	450 €	550 €
f) Équipement à verres très complexes	300 €	450 €	550 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	100%+150€	100%+200€	100%+200€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	200 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	400 €	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	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Cette garantie s'applique avec un plafond annuel de remboursement par assuré différents selon les niveaux. Ce plafond ne s'applique pas pour les postes honoraires - soins dentaires, panier de soins 100% santé pour les prothèses dentaires et les implants.			
Plafond annuel par assuré :	1 200 €	1 500 €	1 800 €
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires	125%	150%	150%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	350%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200%	300%	350%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	350%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse)	100 €	200 €	300 €
Traitement d'orthodontie (par an)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	200 €	300 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	500 €	750 €	1 000 €

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	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.			
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée	Remboursement intégral		
Équipement complet			
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive assuré moins de 20 ans	1 400 €	1 400 €	1 400 €
Remboursement par aide auditive assuré plus de 20 ans	500 €	1 000 €	1 400 €
Piles et accessoires	200%	250%	300%
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	Niveau de garanties		
	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 : le forfait s'entend par an et par bénéficiaire	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	50 €	150 €	250 €
Allocation obsèques (membre participant et bénéficiaires du contrat de 12 ans et plus)	300 €	400 €	500 €
Assistance : RMA Niveau 1	OUI	OUI	OUI
Ostéodensitométrie (par an)	50 €	75 €	100 €
Téléconsultation	OUI	OUI	OUI
Parcours Sport Santé et Santé Mentale	Accès à un accompagnement individualisé. Inscription sur l'espace adhérent		

Article 2 - Tableau des cotisations mensuelles en euros au 1^{er} janvier 2026

Grille des montants de cotisation TTC par situation familiale				
Age	Assuré isolé (personne seule)	Couple	Famille monoparentale (1 adulte + 2 personnes à charge maximum)	Famille (couple avec enfants ou adulte avec 3 personnes à charge et plus
NIVEAU 1				
Adulte moins de 32 ans	43,84 €	87,67 €	76,55 €	124,12 €
Adulte moins de 50 ans	57,68 €	115,35 €	93,93 €	152,59 €
Adulte 50 et plus	83,13 €	166,27 €	110,43 €	193,58 €
Retraité	121,74 €	243,47 €	147,40 €	312,98 €
NIVEAU 2				
Adulte moins de 32 ans	55,34 €	110,67 €	96,64 €	128,66 €
Adulte moins de 50 ans	72,79 €	145,59 €	118,57 €	192,63 €
Adulte 50 et plus	105,68 €	210,32 €	139,61 €	244,79 €
Retraité	153,86 €	307,73 €	186,28 €	308,06 €
NIVEAU 3				
Adulte moins de 32 ans	68,95 €	137,89 €	120,28 €	195,09 €
Adulte moins de 50 ans	90,58 €	181,15 €	147,48 €	239,61 €
Adulte 50 et plus	130,80 €	261,62 €	173,63 €	304,46 €
Retraité	191,38 €	382,77 €	231,66 €	491,83 €

Assuré isolé = Personne seule

Famille Monoparentale = 1 adulte avec 2 enfants à charge maximum

Famille = Couple avec enfants ou 1 adulte avec 3 enfants à charge et plus

Les cotisations sont exprimées en euros.

Elles évolueront de 3% la 2ème et 3ème année (soit, en 2026 et 2027), 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 l'Assureur sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - o 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,
 - o 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%	9 %
	P/C < 120%	10 %
	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

Article 3 - Date de prise d'effet

Le contrat prend effet le 1er janvier 2026 .

FAIT EN TROIS EXEMPLAIRES

A Aix-en-Provence

Le 28 juillet 2025

Pour le CDG 13

(cachet et signature)



A Simiane-Collongue

Le 25/09/2025

Pour le souscripteur

de la commune de
Philippe Andrieu



A Paris,

Le 25 juin 2025

**Pour la Mutuelle Nationale
Territoriale**

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 9695000QBHEMSMEPF20
Tél : 01 42 47 23 45