



Publié le : 05/12/2025

EXTRAIT DU REGISTRE DES DÉLIBÉRATIONS CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du 3 décembre 2025 à 17 heures 00

Question n°10

Convention de participation à la Complémentaire Santé à adhésion facultative - Autorisation de signature et montant de la participation employeur

Le Conseil d'Administration, convoqué le 26 novembre 2025, s'est réuni au Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Besançon.

Administrateurs en exercice : 17

Sous la présidence de Madame Sylvie WANLIN, Vice-présidente du CCAS :

Etaient présents :

Monsieur Claude BILLOD / Monsieur Cyril DEVESA / Madame Valéry GARCIA / Madame Nadia GARNIER / Monsieur Michel JOURNEAUX / Madame Myriam LEMERCIER / Madame Agnès MARTIN / Monsieur Alfred M'BONGO, arrive à 17h09 et vote à partir de la question n°5 / Madame Claudine MAUGAIN / Monsieur Jean-Hugues ROUX / Madame Sylvie WANLIN

Etaient absents :

Monsieur Hasni ALEM / Monsieur Bernard AVON / Monsieur Yves CHANSON / Monsieur Ludovic FAGAUT / Monsieur José GOMES / Madame Anne VIGNOT, **donne pouvoir à Madame Sylvie WANLIN**

REÇU EN PREFECTURE

Le 05 décembre 2025

VIA DOTELEC TÉLÉTRANSMISSION

025-262500564-20251203-D00197610-DE

Date de dépôt en Préfecture :

DÉLIBÉRATION

Incidence financière	
BP 2026 Tous budgets	Coût estimatif de l'opération : 42 444 € tous budgets

Résumé :

En application du décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement, il est proposé aux agents actifs et retraités d'adhérer de manière facultative au contrat Complémentaire Santé de la MNT à compter du 1^{er} janvier 2026 et, en conséquence, d'autoriser la Vice-présidente à signer la convention entre la Ville de Besançon, la Communauté Urbaine de Grand Besançon Métropole, le CCAS de Besançon, la MNT et le Centre de Gestion du Doubs pour la période 2026-2031.

Référence au Projet social 2022-2026 :

☐ Axe 1 : Intervenir auprès des publics prioritaires identifiés dans l'ABS

☐ Axe 2 : Maintenir ou accompagner vers l'autonomie les publics relevant du CCAS au sens de l'autonomie sociale et économique – De « l'urgence vers l'autonomie »

☐ Axe 3 : Faciliter l'accès aux droits et leur maintien (aller vers, simplification...)

☐ Axe 4 : Faire du CCAS l'interlocuteur majeur des politiques du handicap et de l'âge en lien avec la dimension accessibilité pour mieux vivre dans la ville

☐ Axe 5 : Optimiser les moyens, les ressources et le patrimoine du CCAS pour pérenniser son action de service public

☐ Axe 6 : Faire savoir et valoriser l'action du CCAS

☒ Sans objet

VU

- le Code Général des Collectivités Territoriales,
- le Code Général de la Fonction Publique,
- le Code des Assurances,
- le Code de la sécurité sociale,
- le Code de la mutualité,
- le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement ;
- la directive 2004/18/CE du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services ;
- la circulaire n°RDFB12207899C du 25 mai 2012 relative aux participations des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents
- la délibération du Conseil d'Administration du centre de gestion du Doubs en date du 02/07/2025 portant choix de conventions de participation dans le domaine de la protection sociale complémentaire ;

- l'avis du comité social territorial en date du 7 octobre 2025

I. Contexte

La loi N°2019-828 du 6 août 2019 et son décret d'application du 20 avril 2022 fait obligation aux collectivités territoriales de souscrire un contrat collectif d'assurance santé ou d'opter pour la participation aux contrats individuels de complémentaire santé si ceux-ci sont labellisés au plus tard pour le 1^{er} janvier 2026.

Lors des instances paritaires et délibératives des mois de février et mars 2025, il a été décidé, par voie de délibération, de mandater le Centre de Gestion du Doubs (CDG25) pour conduire la procédure de mise en concurrence relative à la conclusion d'un contrat collectif de complémentaire santé à adhésion facultative associant les organisations représentatives du personnel à l'échelon départemental.

À l'issue de cette procédure de mise en concurrence le CDG25 a informé la collectivité, le 17 juillet 2025, que le prestataire retenu serait la MNT (Mutuelle Nationale Territoriale).

II. Propositions

Il est proposé aux agents de droit public et de droit privé du CCAS de Besançon d'adhérer de manière facultative à la complémentaire santé MNT selon 4 niveaux de garantie, avec une tarification modulée en fonction de l'âge du souscripteur qui peut également s'étendre à son conjoint, ainsi qu'une tarification proposée pour son ou ses enfants à charge.

La souscription selon 4 niveaux de garantie est également proposée aux retraités du CCAS de Besançon.

Conformément à la réglementation, la participation financière mensuelle du CCAS de Besançon est fixée à 23 € mensuels par agent dont l'indice brut majoré est inférieur ou égal à 446 et un forfait de 15 € mensuels par agent dont l'indice brut majoré est supérieur à 446.

Le coût global de la participation en année pleine pour le CCAS de Besançon, calculé sur une base estimative de 60 % d'agents souscripteurs, s'élève à 42 444 €.

Après délibération et à l'unanimité, les membres du Conseil d'Administration présents et représentés :

✓ Attribuent une participation forfaitaire de 23 € mensuels par agent adhérent au contrat de complémentaire santé collectif MNT, dont l'indice brut majoré est inférieur ou égal à 446 et de 15 € mensuels par agent dont l'indice brut majoré est supérieur à 446 ;

✓ Votent favorablement la convention de participation santé avec la MNT et le Centre de Gestion du Doubs pour la période 2026-2031 jointe en annexe ;

✓ Autorisent Madame la Vice-présidente à signer ladite convention.

La présente délibération peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif de Besançon dans un délai de deux mois suivant sa publicité.

Pour extrait conforme,
Le Directeur Général du CCAS,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'AS' or similar, written over a horizontal line.

Alban SOUCARROS



CONDITIONS PARTICULIERES SANTE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

N°

Conclu entre :

- **La Mutuelle Nationale Territoriale**, MNT, organisme assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.
- **MUTEST** dont le siège social est situé 11 Boulevard du président Wilson à STRASBOURG, ayant pour adresse postale 11 Boulevard du président Wilson – CS 67082 – 67 082 STRASBOURG cedex inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 641 681 00041
- **La Mutuelle Médico-Chirurgicale**, MMC, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778 542 852,

Mutuelles co-assureurs des risques garantis au titre de convention dûment représentées aux fins des présentes par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)

Ci-après dénommées la MNT,

Et

Dont le siège est
Représenté par

Ci-après dénommé le Souscripteur.

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

Contrat co-assuré par
MNT, Mutuelle Nationale Territoriale, 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
MUTEST, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 641 681 00041
Siège social : 11 Boulevard du président Wilson – 67 082 STRASBOURG
MMC, Mutuelle Médico-Chirurgicale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité,
enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778 542 852
Siège social : 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

Le contrat résulte d'un marché public. Les conditions d'engagement, réserves au cahier des charges et éventuelles négociations, arrêtées lors du marché public, font partie intégrante du contrat, dans lequel elles s'insèrent. Ces conditions d'engagement prévalent sur les supports indiqués par l'assureur, lors de l'établissement du contrat, toutes les fois qu'elles sont plus favorables à l'assuré.

Le Centre de Gestion déclare souscrire le contrat précité conformément aux Conditions Générales référencées « CG – CDG 25 – 2026 – adhésion facultative » 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.

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, 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. En outre, le contrat respecte le niveau minimum des garanties complémentaires santé définies à l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale.

Article 3 - Délai de résiliation

Le membre participant peut mettre un terme à sa couverture et/ou à celle de ses bénéficiaires en notifiant sa volonté à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis d'un 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.

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 Centre de Gestion au bénéfice de ses Membres Participants et de leurs Bénéficiaires. Les prestations Frais de santé sont définies conformément aux Conditions Générales.

La MNT prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale selon les dispositions du décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Un forfait exprimé en euros peut s'ajouter au ticket modérateur. Dans ce cas, la limite de remboursement de la grille de prestation correspond au remboursement de la Sécurité sociale augmenté du ticket modérateur et du forfait pris en charge par la MNT.

Dans tous les cas, le montant des remboursements de la MNT ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.

FORMULES DE GARANTIES SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

DANS LE RESPECT DES DISPOSITIONS DE LA REFORME 100% SANTE

POSTES DE GARANTIES	Régime général (à titre indicatif)	PANIER DE SOINS	INTERMEDIAIRE	RENFORCÉE	SUPERIEURE
		Y compris remboursement de la Sécurité Sociale (1)			
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultation - visite Généralistes - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	125% BRSS	125% BRSS	125% BRSS
Consultation - visite Généralistes - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Consultation - visite Spécialistes - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	125% BRSS	200% BRSS	250% BRSS
Consultation - visite Spécialistes - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	100% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	150% BRSS	250% BRSS	350% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Honoraires paramédicaux	60%	100% BRSS	125% BRSS	175% BRSS	200% BRSS
Honoraires psychologue (si prise en charge RO)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Imagerie médicale et échographie					
Imagerie médicale et échographie - médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS
Imagerie médicale et échographie - médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	125% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	60 et 70%	100% BRSS	125% BRSS	175% BRSS	200% BRSS

Médicaments (y compris vaccins acceptés par la Sécurité Sociale)	30 à 100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments prescrits non remboursés (forfait annuel)	Néant	Néant	Forfait 60€	Forfait 110€	Forfait 150€
Orthopédie/ Gros et petit appareillage	60%	100% BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
HOSPITALISATION (y compris maternité et hospitalisation à domicile)					
Honoraires médicaux					
Honoraires médecins -Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	80%	100% BRSS	150% BRSS	250% BRSS	350% BRSS
Honoraires médecins – Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	80%	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Frais hospitaliers					
Prise en charge du forfait pour les actes lourds	néant	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	néant	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence	néant	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres frais hospitaliers					
Frais de séjour	80%	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Chambre particulière (sans hébergement)	néant	Néant	25 € / jour	37,50 € / jour	75 € / jour
Chambre particulière (avec hébergement)	néant	Néant	50 € / jour	75 € / jour	100 € / jour
Chambre particulière – Etablissement spécialisé (soins de suite et de réadaptation, établissement psychiatrique)	néant	Néant	50 € / jour limité à 60 jours	75 € / jour limité à 60 jours	100 € / jour limité à 60 jours
Forfait accompagnant (enfant ou adulte)	néant	Néant	15 € / jour	25 € / jour	60 € / jour
Actes techniques médicaux - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	150% BRSS	250% BRSS	350% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	70%	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
OPTIQUE (2) (3)					
Equipe ment du panier 100% santé*					
Monture + 2 verres de tous types (4) Prestation d'appareillage et d'adaptation de la correction	18%	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites réglementaires de vente			
Equipe ment à tarif libre				Montant par verre	
Monture (5)	60%	Minima panier de soins : <i>équipement avec 2 verres simples 100€, 1 verre simple & 1 complexe ou hypercomplexe : 125€, 2 complexes ou hypercomplexes : 200€</i>	GRILLE 2 dans le respect des minimas et maximas du décret Cf onglet "grilles optique"	GRILLE 2 dans le respect des minimas et maximas du décret Cf onglet "grilles optique"	GRILLE 3 dans le respect des minimas et maximas du décret Cf onglet "grilles optique"
Verres (6)	60%				
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60%	100% BRSS	100% BRSS + 50 € / an	100% BRSS + 100 € / an	100% BRSS + 150 € / an
Lentilles refusées par le régime obligatoire par an	néant	Néant	100 €	150 €	200 €
Bonus optique : Monture, verres & lentilles		+ 60% après 36 mois (dans les limites des plafonds du contrat responsable)			

Chirurgie réfractive par œil	néant	-	-	Forfait maximum de 400 € / œil	Forfait maximum de 550 € / œil
Prestation d'adaptation		100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Matériel pour amblyopie		100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
DENTAIRE					
Soins et prothèses du panier 100% santé*					
Soins et prothèses du panier 100% santé*	60%	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites réglementaire de facturation			
Soins et prothèse à tarifs maîtrisés ou libres					
Soins et honoraires, actes d'odontologie et de prophylaxie	60%	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	250% BRSS
Actes d'imagerie, de chirurgie et techniques	60%	100% BRSS	150% BRSS	250% BRSS	350% BRSS
Implantologie	néant	Néant	Forfait de 150€/implant (2/an)	Forfait de 250€/implant (2/an)	Forfait de 600€/implant (2/an)
Parodontologie	néant	Néant	Forfait 150€ / an	Forfait 250€ / an	Forfait 400€ / an
Soins et prothèses hors inlays onlays Panier maîtrisé	60%	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	400% BRSS
Soins et prothèses hors inlays onlays Panier prix libres	60%	100% BRSS	125% BRSS	125% BRSS	125% BRSS
Inlays onlays uniquement Panier maîtrisé	60%	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS
Inlays onlays uniquement Panier prix libres	60%	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS
Plafond annuel des prothèses (La limitation dentaire concerne la part supérieure au ticket modérateur. Elle ne s'applique pas aux soins et prothèses 100% santé.)		600 €	750 €	1 000 €	1 250 €
Autres					
Orthodontie jusqu'à 16 ans	60% à 100%	125% BRSS (2/an)	150% BRSS (2/an)	200% BRSS (2/an)	400% BRSS (2/an)
Orthodontie plus de 16 ans	0 à 100% 1 semestre max	100% BRSS (2/an)	100% BRSS (2/an)	150% BRSS (2/an)	200% BRSS (2/an)
AIDES AUDITIVES (dans le respect des limitations réglementaires)					
Aides auditives classe I / 100% santé*	60%	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Aides auditives classe II > 20 ans (par oreille)	60%	100 % BRSS	150 % BRSS +150€ / an	150 % BRSS + 250€ / an	300 % BRSS + 450 € / an
Aides auditives classe II < 20 ans (par oreille)	60%	100 % BRSS	100 % BRSS + 100 € / an	100 % BRSS + 200 € / an	100 % BRSS + 400 € / an
TRANSPORT					
Transport	55%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRÉVENTION					
Actes de prévention (pris en charge par le RO)		100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRESTATIONS DIVERSES					
Médecines douces : chiropractie - ostéopathie- acupuncture – diététicien - homéopathie - pédicure / podologue - psychologue - étioathe - psychomotricien - sophrologue	néant	Néant	max 50€ / an	max 100€ / an	max 150€ / an

Cure thermique prescrites et acceptées par la S.S	honoraires médicaux : 70%, cure thermique avec hospitalisation 80%, hydrothérapie 65%, hébergement 65%, transport 55%	100% BRSS	100% BRSS + forfait 60€ (frais réels)	100% BRSS+ forfait 100€ (frais réels)	100% BRSS+ forfait 150€ (frais réels)
--	---	-----------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

* Tel que défini réglementairement

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements

(2) Prise en charge par période de deux ans* d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture pour les assurés de 16 ans et plus ;

- Prise en charge par période d'un an* d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture pour les mineurs de moins de 16 ans ;

- Prise en charge par période de 6 mois (*) pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

* Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation

(3) Pour les équipements optiques possibilité de mixer des éléments du panier 100% santé avec des éléments à tarif libre.

(4) Le prix réglementaire de vente est limité à 30 € pour les montures de classe A (panier 100% santé)

(5) Le remboursement au titre de la monture de classe B (tarif libre) est plafonné à 100 €.

(6) Définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables : voir tableaux annexes

TABLEAUX OPTIQUE**

FORMULE 2		INTERMEDIAIRE	
Type de Verre		Moins de 16 ans	16 ans et plus
Simple	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	VU1 (1)	50,00 €	55,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	60,00 €	65,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VU3	80,00 €	85,00 €

Complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	VU4	80,00 €	85,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5	100,00 €	105,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6	115,00 €	120,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	VU7	145,00 €	150,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	VM1	155,00 €	160,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	170,00 €	175,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	180,00 €	185,00 €
Très complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4	165,00 €	170,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5	180,00 €	185,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6	200,00 €	205,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7	210,00 €	225,00 €
Monture		30,00 €	50,00 €

**** Le remboursement assureur s'exprime hors participation Sécurité Sociale pour les verres et participation sécurité Sociale incluse pour les montures. Le remboursement s'entend par verre. Le remboursement s'effectue dans les limites des contrats responsables (sommés Ss + autres régimes éventuels)**

(1) le verre neutre est compris dans cette classe

TABLEAUX OPTIQUE**

FORMULE 3		RENFORCÉE	
Type de Verre		Moins de 16 ans	16 ans et plus
Simple	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	VU1 (1)	60,00 €	65,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	70,00 €	75,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VU3	90,00 €	95,00 €
Complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	VU4	90,00 €	95,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5	110,00 €	115,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6	125,00 €	130,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	VU7	155,00 €	160,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	VM1	165,00 €	170,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	180,00 €	185,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	190,00 €	195,00 €
Très complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4	175,00 €	180,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5	190,00 €	195,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6	210,00 €	215,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7	220,00 €	235,00 €
Monture		40,00 €	70,00 €

**** Le remboursement assureur s'exprime hors participation Sécurité Sociale pour les verres et participation sécurité Sociale incluse pour les montures. Le remboursement s'entend par verre. Le remboursement s'effectue dans les limites des contrats responsables (sommés Ss + autres régimes éventuels)**

(1) le verre neutre est compris dans cette classe

TABLEAUX OPTIQUE**			
FORMULE 4		SUPERIEURE	
Type de Verre		Moins de 16 ans	16 ans et plus
Simple	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	VU1 (1)	70,00 €	80,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	80,00 €	90,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VU3	100,00 €	110,00 €
Complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	VU4	105,00 €	110,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5	125,00 €	130,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6	140,00 €	145,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	VU7	170,00 €	175,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	VM1	180,00 €	185,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	195,00 €	200,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	205,00 €	210,00 €
Très complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4	185,00 €	190,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5	200,00 €	210,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6	220,00 €	230,00 €

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7	230,00 €	240,00 €
Monture		60,00 €	100,00 €

**** Le remboursement assureur s'exprime hors participation Sécurité Sociale pour les verres et participation sécurité Sociale incluse pour les montures. Le remboursement s'entend par verre. Le remboursement s'effectue dans les limites des contrats responsables (sommes Ss + autres régimes éventuels) (1) le verre neutre est compris dans cette classe**

Annexe optique	
Limites de remboursement optique du contrat responsable à compter du 1er janvier 2020 lorsque le contrat prévoit une couverture en optique en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100% santé	
Catégories de verres	Planchers et plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
Deux verres simples : verres appartenant à la catégorie ci-dessous précisée. Deux verres unifocaux : - sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	- Minimum : 50€ - Maximum : 420€ dont 100€ au maximum pour la monture
Deux verres complexes unifocaux, multifocaux et progressifs : verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées Verre unifocal : - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries Verre multifocal ou progressif : - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200€ - Maximum : 700€ dont 100€ au maximum pour la monture
Deux verres hypercomplexes multifocaux et progressifs : verres appartenant à la catégories ci-dessous précisée Verres multifocaux ou progressifs : - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	- Minimum : 200€ - Maximum : 800€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Un verre simple (cf. ci-dessus) Verre 2 – Un verre complexe unifocal, multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 125€ - Maximum : 560€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Verre simple (cf. ci-dessus) Verre 2 – verre hypercomplexe multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 125€ - Maximum : 610€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Verre complexe unifocal, multifocal et progressif (cf. ci-dessus) Verre 2 – verre hypercomplexe multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 200€ - Maximum : 750€ dont 100€ au maximum pour la monture

Article 5 - Tableau des cotisations mensuelles en euros au 1^{er} janvier 2026

Formule 1 : Panier de soins		
Actifs - 31 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	20,48 €	23,20 €
Conjoint	20,48 €	23,20 €
Enfant à charge	13,54 €	15,34 €
Famille	68,04 €	77,08 €
Actifs - 41 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	24,41 €	27,65 €
Conjoint	24,41 €	27,65 €
Enfant à charge	13,54 €	15,34 €
Famille	75,90 €	85,98 €
Actifs - 51 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	30,98 €	35,09 €
Conjoint	30,98 €	35,09 €
Enfant à charge	13,54 €	15,34 €
Famille	89,04 €	100,86 €
Actifs - 61 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	40,70 €	46,10 €
Conjoint	40,70 €	46,10 €
Enfant à charge	13,54 €	15,34 €
Famille	108,48 €	122,88 €
Actifs +60 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	53,54 €	60,65 €
Conjoint	53,54 €	60,65 €
Enfant à charge	13,54 €	15,34 €
Famille	134,16 €	151,98 €
Retraités	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	59,60 €	67,51 €
Conjoint	59,60 €	67,51 €
Enfant à charge	13,54 €	15,34 €
Famille	146,28 €	165,70 €

Formule 2 : Intermédiaire		
Actifs - 31 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	33,44 €	37,88 €
Conjoint	33,44 €	37,88 €
Enfant à charge	22,11 €	25,04 €
Famille	111,10 €	125,84 €
Actifs - 41 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	39,85 €	45,14 €
Conjoint	39,85 €	45,14 €
Enfant à charge	22,11 €	25,04 €
Famille	123,92 €	140,36 €
Actifs - 51 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	47,91 €	54,27 €
Conjoint	47,91 €	54,27 €
Enfant à charge	22,11 €	25,04 €
Famille	140,04 €	158,62 €

Actifs - 61 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	62,96 €	71,31 €
Conjoint	62,96 €	71,31 €
Enfant à charge	22,11 €	25,04 €
Famille	170,14 €	192,70 €
Actifs +60 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	78,22 €	88,60 €
Conjoint	78,22 €	88,60 €
Enfant à charge	22,11 €	25,04 €
Famille	200,66 €	227,28 €
Retraités	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	97,31 €	110,22 €
Conjoint	97,31 €	110,22 €
Enfant à charge	22,11 €	25,04 €
Famille	238,84 €	270,52 €

Formule 3 : Renforcée		
Actifs - 31 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	39,50 €	44,74 €
Conjoint	39,50 €	44,74 €
Enfant à charge	26,11 €	29,58 €
Famille	131,22 €	148,64 €
Actifs - 41 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	47,07 €	53,32 €
Conjoint	47,07 €	53,32 €
Enfant à charge	26,11 €	29,58 €
Famille	146,36 €	165,80 €
Actifs - 51 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	56,60 €	64,11 €
Conjoint	56,60 €	64,11 €
Enfant à charge	26,11 €	29,58 €
Famille	165,42 €	187,38 €
Actifs - 61 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	74,37 €	84,24 €
Conjoint	74,37 €	84,24 €
Enfant à charge	26,11 €	29,58 €
Famille	200,96 €	227,64 €
Actifs +60 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	92,39 €	104,65 €
Conjoint	92,39 €	104,65 €
Enfant à charge	26,11 €	29,58 €
Famille	237,00 €	268,46 €
Retraités	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	114,95 €	130,20 €
Conjoint	114,95 €	130,20 €
Enfant à charge	26,11 €	29,58 €
Famille	282,12 €	319,56 €

Formule 4 : Supérieure		
Actifs - 31 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	50,86 €	57,61 €
Conjoint	50,86 €	57,61 €
Enfant à charge	33,64 €	38,10 €
Famille	169,00 €	191,42 €
Actifs - 41 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	60,62 €	68,66 €
Conjoint	60,62 €	68,66 €
Enfant à charge	33,64 €	38,10 €
Famille	188,52 €	213,52 €
Actifs - 51 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	68,82 €	77,95 €
Conjoint	68,82 €	77,95 €
Enfant à charge	33,64 €	38,10 €
Famille	204,92 €	232,10 €
Actifs - 61 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	90,44 €	102,44 €
Conjoint	90,44 €	102,44 €
Enfant à charge	33,64 €	38,10 €
Famille	248,16 €	281,08 €
Actifs +60 ans	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	118,96 €	134,75 €
Conjoint	118,96 €	134,75 €
Enfant à charge	33,64 €	38,10 €
Famille	305,20 €	345,70 €
Retraités	€ HT / mois	€ TTC / mois
Assuré	148,00 €	167,64 €
Conjoint	148,00 €	167,64 €
Enfant à charge	33,64 €	38,10 €
Famille	363,28 €	411,48 €

- Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.
- Lors d'addition de cotisations unitaires, le tarif famille s'applique chaque fois qu'il est plus avantageux.
- L'âge de l'Assuré détermine la tranche de cotisation des ayants droit.
- Le changement de tranche d'âge s'effectue au 1^{er} janvier suivant le 30^{ème}, le 40^{ème}, le 50^{ème} et le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les cotisations sont exprimées en euros.

Elles sont maintenues pendant 3 ans, hors majoration forfaitaire de 2,5% au 1^{er} janvier 2027 et au 1^{er} janvier 2028 et hors évolutions réglementaires et fiscales.

A compter du 1^{er} janvier 2029, 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.

En cas d'aggravation de la sinistralité, elles pourront évoluer comme suit :

- Si le P/C ≤ 100% : Maintien des cotisations
- Si le P/C ≤ 103% : Maintien des cotisations
- Si le P/C ≤ 107% : Majoration maximale de 5%
- Si le P/C ≤ 110% : Majoration maximale de 7%
- Si le P/C > 110% : Majoration maximale de 10%

hors évolution réglementaire, législative ou fiscale.

Le régime doit rester équilibré. Les parties au contrat mettent tout en œuvre afin de maintenir l'équilibre du régime.

Dans le cadre du renouvellement, en cas d'aggravation de la sinistralité, la MNT proposera :

- soit une majoration des cotisations seulement,
- soit un aménagement des garanties seulement,
- soit une majoration des cotisations associée à un aménagement des garanties.

Article 6 - Date de prise d'effet

Le contrat prend effet le 1er janvier 2026.

FAIT EN TROIS EXEMPLAIRES

A Montbéliard

A

A Paris,

Le 25 septembre 2025

Le

Le 19 septembre 2025

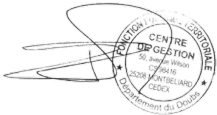
Pour le Centre de Gestion

Pour le Souscripteur

**Pour la Mutuelle Nationale
Territoriale**

Le Président,

Le Directeur Général Adjoint Proximité et Développement



Christian Hirsch

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 9695000Q8HEMSMEPFF29
Tél : 01 42 47 23 45