

AVENANT 1-2016

AU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

GARANTIES FRAIS DE SANTE

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

CONTRAT N° : CCFS – 004 - CP



Entre les soussignés :

- **Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Loire (SDIS de la Loire)**, dont le siège social est situé 8 rue Chanoine Ploton – BP 541 – 42007 Saint-Etienne Cedex 1,

Représenté par Bernard PHILIBERT, Président, dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après dénommé « **le Souscripteur** »,

D'une part,

Auprès de :

- **Intériale**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est situé 32 rue Blanche - 75009 PARIS,

Représentée par Nicolas SARKADI, Directeur Général, ayant reçu délégation à l'effet de conclure le contrat collectif de Pascal BEAUBAT, Président, dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après dénommée « **la Mutuelle** »,

D'autre part,

Ci-après dénommées collectivement « **les Parties** ».

Il est préalablement rappelé ce qui suit :

Le **SDIS de la Loire** (« le Souscripteur ») a souscrit auprès de la Mutuelle un contrat collectif à adhésion facultative à effet du 1^{er} Janvier 2013. Le contrat collectif a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure une couverture des frais de santé, intitulée « Garantie frais de santé », ainsi que des garanties et services complémentaires, au profit des agents actifs et retraités du Souscripteur, et de leurs ayants droit.

Il a été convenu ce qui suit :

- Le présent avenant a pour objet de modifier le contenu et le niveau des prestations remboursées par la Mutuelle, conformément aux dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 Novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Des modifications sont ainsi apportées au tableau des prestations du contrat collectif afin d'organiser sa mise en conformité par rapport au panier de soins que doivent respecter les contrats de complémentaire santé pour être qualifiés de responsables. Les cotisations définies en annexe du contrat collectif à adhésion facultative sont également impactées par cette mise en conformité.

- Le présent avenant a également pour objet de modifier les garanties et services complémentaires proposées par la Mutuelle et IMA ASSURANCES au profit des membres participants et de leurs ayants droit au titre du contrat collectif. Les notices d'information actualisées afférentes aux prestations d'assistance et d'action sociale figurent en annexe du présent avenant.

Article 1 – Modification de l'Annexe 1 « Prestations » des conditions particulières du contrat collectif

La version actualisée du tableau des prestations figurant aux annexes 1 « Prestations » des conditions particulières du contrat collectif et de la notice d'information est annexée au présent avenant.

Article 2 – Modification de l'Annexe 2 « Cotisations » des conditions particulières du contrat collectif

La version actualisée du tableau des cotisations figurant aux annexes 2 « Cotisations » des conditions particulières du contrat collectif et de la notice d'information est annexée au présent avenant.

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur

042-284210242-20160908-16-08-068-DE

Page 2 sur 5

Accusé de réception exécutoire :

Réception par le préfet : 22/09/2016

Publication : 22/09/2016

CG



Article 3 – Modification de l'article 6.c « Faculté de renonciation des conditions générales du contrat collectif »

Révisé le 22/09/2016
Publication : 22/09/2016

L'article 6.c « Faculté de renonciation » des conditions générales du contrat collectif est modifié comme suit :



Article 6.c – Faculté de renonciation

A compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au présent contrat collectif, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Exemple de lettre de renonciation :

*« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant au ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de la mutuelle Intérieure.
(Date et signature de l'adhérent) ».*

La lettre de renonciation doit être adressée à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée.

Dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation à l'adhésion au présent contrat.

Article 4 – Modification de l'article 28 « Autorité de Contrôle Prudentiel » des conditions générales du contrat collectif

L'article 28 « Autorité de Contrôle Prudentiel » des conditions générales du contrat collectif est modifié comme suit :

Article 28 – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle, conformément à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

Article 5 – Modification de l'article 9 « Action sociale » des conditions particulières du contrat collectif

A compter du 1^{er} Janvier 2016, les aides ou allocations accordées aux membres participants ou à leurs ayants droit sont mises en œuvre directement par Intériale.



Toute référence à l'union Intériale Solidarité est donc supprimée du contrat collectif et des notices d'information annexées au présent avenant.

En conséquence, l'article 9 « Action sociale » des conditions particulières du contrat collectif est modifié comme suit :

Article 9 – Action sociale

La Mutuelle met en œuvre au bénéfice de ses membres participants une action sociale consistant notamment en la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou en situation de handicap.

La Mutuelle peut accorder des allocations ou aides diverses au titre de son action sociale.

Les aides au titre de l'action sociale sont accordées en considération de la situation personnelle du demandeur, membre participant ou ayants droit du membre participant.

Ces aides ou allocations ont un caractère annuel, non rétroactif et non définitif.

L'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration, détermine chaque année le montant global de l'enveloppe qui peut être accordée au titre des aides, allocations ou services aux membres participants et leurs ayants droit.

L'action sociale est définie annuellement par le conseil d'administration dans un programme soumis à approbation de l'assemblée générale de la Mutuelle.

Le montant de la cotisation afférente à l'Action sociale est inclus dans la cotisation afférente à la Garantie frais de santé.

La notice d'information du contrat est reproduite en annexe.

Article 6 – Assistance à domicile

La notice d'information actualisée relative aux différentes prestations d'assistance à domicile proposées aux membres participants de la Mutuelle et aux membres de leur famille figure en annexe du présent avenant.

Article 7 – Autres dispositions du contrat collectif

A l'exclusion des modifications apportées par le présent avenant, les autres dispositions du contrat collectif et de la notice d'information restent inchangées et en vigueur entre les Parties à la date de prise d'effet du présent avenant.



Article 8 – Information des membres participants

Conformément à l'article 2 des conditions générales du contrat, le Souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant des modifications apportées à ses droits et obligations, en lui remettant la nouvelle notice d'information établie à cet effet par la Mutuelle.

Article 9 – Date d'effet

La date de prise d'effet du présent avenant est fixée rétroactivement au 1^{er} Janvier 2016.

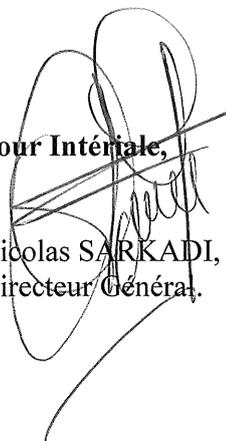
Fait à
Le

Pour le SDIS de la Loire,

Bernard PHILIBERT,
Président.

Pour Intérieure,

Nicolas SARKADI,
Directeur Général.



Annexe – Prestations

	Taux SS	Formule CONFORT (SS + Mutuelle)	Formule CONFORT + Pack OPTIQUE (SS + Mutuelle)	Formule CONFORT Pack DENTAIRE (SS + Mutuelle)	Formule CONFORT + Pack OPTIMAL (SS + Mutuelle)
Poste Soins Courants, secteur conventionné ou non conventionné					
Consultations & Visites de Généralistes	70% BR	100% BR	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	250% BR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS
Consultations & Visites de Spécialistes	70% BR	150% BR pour les médecins signataires du CAS 130% BR pour les médecins non signataires du CAS	175% BR pour les médecins signataires du CAS 155% BR pour les médecins non signataires du CAS	175% BR pour les médecins signataires du CAS 155% BR pour les médecins non signataires du CAS	300% BR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS
Actes Techniques Médicaux	70% BR	100% BR	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	250% BR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS
Actes d'Imagerie Médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie, ostéodensitométrie, ...)	70% BR	100% BR	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	250% BR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS
Analyses Médicales & Examens de Laboratoires	60% BR ou 70% BR	100% BR	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	125% BR pour les médecins signataires du CAS 105% BR pour les médecins non signataires du CAS	250% BR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS
Auxiliaires Médicaux	60% BR ou 70% BR	100% BR	125% BR	125% BR	250% BR
Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale et Maternité, en secteur conventionné ou non conventionné					
Soins et honoraires, Actes de Chirurgie, Obstétrique et Anesthésie	80% ou 100% BR*	150% BR pour les médecins signataires du CAS 130% BR pour les médecins non signataires du CAS	300% BR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS	300% BR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS	100% FR pour les médecins signataires du CAS 200% BR pour les médecins non signataires du CAS
Frais de séjour	80% ou 100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prise en charge du forfait de 18 € sur les actes lourds	Néant	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier	Néant	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR

Paraphe des Parties :

CG

Accusé certifié exécutoire

Chambre particulière	Néant	66 € / jour	100 € / jour	100 € / jour	100 € / jour	100 € / jour
Frais d'accompagnement	Néant	20 € / jour	35 € / jour			
Transport	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Poste Pharmacie						
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité Sociale	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité Sociale	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Poste Dentaire						
Consultations & Soins Dentaires	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay core avec ou sans clavette	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse dentaire fixe prise en charge par la Sécurité Sociale	70% BR	150% BR	150% BR	315% BR	500% BR	500% BR
Prothèse dentaire amovible prise en charge par la Sécurité Sociale	70% BR	150% BR	150% BR	315% BR	500% BR	500% BR
Prothèse dentaire de transition prise en charge par la Sécurité Sociale	70% BR	150% BR	150% BR	315% BR	500% BR	500% BR
Prothèse dentaire de transition non prise en charge par la Sécurité Sociale	Néant	80% BR reconstituée	80% BR reconstituée	245% BR reconstituée	430% BR reconstituée	430% BR reconstituée
Bonus en cas de non consommation au titre de la garantie prothèse dentaire		+50 € par an après 1 an +100 € par an après 2 ans	+50 € par an après 1 an +100 € par an après 2 ans	+50 € par an après 1 an +100 € par an après 2 ans	+50 € par an après 1 an +100 € par an après 2 ans	+50 € par an après 1 an +100 € par an après 2 ans
Implantologie (implant limité à 1 par an)	Néant	200 € / implant	200 € / implant	700 € / implant	1 000 € / implant	1 000 € / implant
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	100% BR	190% BR	190% BR	235% BR	390% BR	390% BR
Actes liés à l'orthodontie	70% BR ou 100% BR	160% BR ou 190% BR	160% BR ou 190% BR	205% BR ou 235% BR	360% BR ou 390% BR	360% BR ou 390% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale	Néant	90% BR reconstituée	90% BR reconstituée	135% BR reconstituée	290% BR reconstituée	290% BR reconstituée
Poste Optique						
Monture + 2 verres simples classe a)	60% BR	100% BR + 130 € (1) (2)	100% BR + 275 € (1) (2)	100% BR + 130 € (1) (2)	100% BR + 370 € (1) (2)	100% BR + 370 € (1) (2)
Monture + 2 verres complexes classe b)	60% BR	100% BR + 255 € (1) (2)	100% BR + 480 € (1) (2)	100% BR + 255 € (1) (2)	100% BR + 600 € (1) (2)	100% BR + 600 € (1) (2)
Monture + 2 verres très complexes classe c)	60% BR	100% BR + 255 € (1) (2)	100% BR + 480 € (1) (2)	100% BR + 255 € (1) (2)	100% BR + 600 € (1) (2)	100% BR + 600 € (1) (2)
Monture + 1 verre simple classe a) + 1 verre complexe classe b)	60% BR	100% BR + 192,50 € (1) (2)	100% BR + 377,50 € (1) (2)	100% BR + 192,50 € (1) (2)	100% BR + 485 € (1) (2)	100% BR + 485 € (1) (2)
Monture + 1 verre simple classe a) + 1 verre très complexe classe c)	60% BR	100% BR + 192,50 € (1) (2)	100% BR + 377,50 € (1) (2)	100% BR + 192,50 € (1) (2)	100% BR + 485 € (1) (2)	100% BR + 485 € (1) (2)
Monture + 1 verre complexe classe b) + 1 verre très complexe classe c)	60% BR	100% BR + 255 € (1) (2)	100% BR + 480 € (1) (2)	100% BR + 255 € (1) (2)	100% BR + 600 € (1) (2)	100% BR + 600 € (1) (2)
Matériel pour amblyopie	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	60% BR	100% BR + 180 €	100% BR + 380 €	100% BR + 180 €	100% BR + 480 €	100% BR + 480 €
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	Néant	76 € / an	137 € / an	76 € / an	186 € / an	186 € / an
Chirurgie réfractive	Néant	180 € / œil	420 € / œil	180 € / œil	580 € / œil	580 € / œil
Poste Prothèses Médicales						
Frais d'entretiens	60% BR ou 100% BR	100% FR				
Prothèse auditive prescrite yc entretien et petites réparations **	60% BR ou 100% BR	60% BR ou 100% BR + 915 € / oreille, limité à 1830€ par an	60% BR ou 100% BR + 915 € / oreille, limité à 1830€ par an	60% BR ou 100% BR + 915 € / oreille, limité à 1830€ par an	60% BR ou 100% BR + 915 € / oreille, limité à 1830€ par an	60% BR ou 100% BR + 915 € / oreille, limité à 1830€ par an

Paraphe des Parties :

CG

Accusé certifié exécutoire

Grand appareillage, orthopédie acceptée, achat de véhicule pour handicapés	60% BR ou 100% BR	500% BR	500% BR	500% BR	500% BR	500% BR	Réception par le préfet : 22/09/2016 Publication : 22/09/2016
Prothèse capillaire (sur facture)	60 % BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR	
Prothèse mammaire (sur facture)	60 % BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR	
Autre prothèse et petit appareillage	60 % BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	
Orthopédie, semelle et bas de contention	60 % BR	150% BR	150% BR	150% BR	200% BR	250% BR	
Poste Cure Thermale							
Cure thermale prise en charge par la Sécurité Sociale	70% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	400% BR	
Poste Bien Etre							
Médecine alternative : ostéopathie, étiopathie, naturopathie, phytothérapie, podologie, acupuncture, microkiné, mésothérapie, psychologie, sophrologie, homéopathe et chiropracteur	Néant	Forfait de 60 € / an plafond de 30 € / consultation	Forfait de 150 € / an plafond de 30 € / consultation	Forfait de 150 € / an plafond de 30 € / consultation	Forfait de 150 € / an plafond de 30 € / consultation	Forfait de 150 € / an plafond de 30 € / consultation	
Poste Prévention							
Détartrage annuel	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Examen annuel de prévention	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Vaccin non pris en charge par la Sécurité Sociale	Néant	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	
Contraceptif prescrit non pris en charge par la Sécurité Sociale	Néant	30 € / an	30 € / an	30 € / an	30 € / an	30 € / an	
Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	60% BR ou 70% BR	100% BR sur tous les actes	100% BR sur tous les actes	100% BR sur tous les actes	100% BR sur tous les actes	100% BR sur tous les actes	

Signification des abréviations :

SS : Sécurité Sociale

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

- (1) Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans débute à la date d'achat du premier élément d'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

- (2) La participation de la mutuelle au titre de la monture est plafonnée à 150 €.

* Pour un médecin non conventionné, la Base de Remboursement (BR) est appelée Tarif d'Autorité (TA).

On a la formule suivante $TA = 16\% * BR$ secteur conventionné

** Le ticket modérateur est systématiquement versé au-delà du forfait remboursé par la mutuelle et dans le cas où la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale est supérieure à la limite de remboursement

Paraphe des Parties :



Annexe – Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). A titre indicatif, le PMSS évolue au 1^{er} Janvier de chaque année.



❖ ACTIFS ET LEURS AYANTS DROIT

Détail par âge	Garantie de base - Confort			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Adhérent de moins de 35 ans	0,98%	0,86%	0,48%	2,80%
Adhérent de moins de 50 ans	1,08%	0,96%	0,43%	2,89%
Adhérent de plus de 50 ans	1,51%	1,33%	0,43%	3,70%

Détail par âge	Pack Optique			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Adhérent de moins de 35 ans	1,43%	1,29%	0,63%	3,95%
Adhérent de moins de 50 ans	1,59%	1,44%	0,55%	4,10%
Adhérent de plus de 50 ans	2,22%	1,99%	0,55%	5,29%

Détail par âge	Pack Dentaire			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Adhérent de moins de 35 ans	1,43%	1,34%	0,65%	4,07%
Adhérent de moins de 50 ans	1,58%	1,49%	0,58%	4,22%
Adhérent de plus de 50 ans	2,20%	2,08%	0,58%	5,44%

Détail par âge	Pack Optimal			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Adhérent de moins de 35 ans	1,74%	1,65%	0,81%	4,98%
Adhérent de moins de 50 ans	1,92%	1,82%	0,72%	5,17%
Adhérent de plus de 50 ans	2,69%	2,55%	0,72%	6,67%

Paraphe des Parties :

CG

❖ RETRAITES ET LEURS AYANTS DROIT

	Garantie de base - Confort			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Retraité	2,42%	2,13%	0,48%	5,52%

	Pack Optique			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Retraité	3,53%	3,21%	0,84%	8,38%

	Pack Dentaire			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Retraité	3,53%	3,32%	0,89%	8,65%

	Pack Optimal			
	Adhérent	Adulte à charge	Par enfant à Charge	Famille
Retraité	4,29%	4,10%	1,31%	10,95%

Paraphe des Parties :

CG