



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du Vendredi 10 Décembre 2021 à 9 H 30

L'an DEUX MIL VINGT ET UN, le vendredi 10 décembre à 9 Heures 30, s'est réuni, au Siège de Val de Berry en présentiel, 14 rue Jean-Jacques Rousseau à Bourges, le Conseil d'Administration de Val de Berry.

ETAIENT PRESENTS :

Emmanuel RIOTTE	Président – Conseiller Départemental – Maire de St Amand
Bernadette GOIN	Vice-Présidente – Conseillère Communautaire Agglo – Maire de Berry-Bouy
Fabrice CHOLLET	Membre – Vice-Président Conseil Départemental – Maire de Saint Martin d'Auxigny
Clarisse DULUC	Membre – Conseillère Départementale - Maire d'Orval
Christian GATTEFIN	Membre – Conseiller Départemental
Franck MICHOUX	Membre – Conseiller Départemental – Adjoint au Maire de Vierzon 1
Catherine REBOTTARO	Membre – Conseillère Départementale
Annette BUREAU	Membre – Adjointe au Maire d'Aubigny Sur Nère
Daniel DERET	Membre – Président de l'URHAJ Centre Val de Loire
Daniel ROBIN	Membre – Secrétaire National de la Fédération Départementale du Secours Populaire Français
François DESCHAMPS	Membre – Président de l'Entraide Berruyère
Auguste DORLEANS	Membre – Représentant Tivoli Initiatives
Jean LLARI	Secrétaire de séance
Christine CHEZE-DHO	Membre - Président du Conseil de Développement Bourges Plus
Irène FELIX	Membre – Adjointe au Maire de Bourges
Hugo LEFELLE	Conseillère Communautaire
Nicole MASSICOT	Membre – Présidente de Bourges Plus
Annie MORDANT	Membre – Adjoint au Maire de Bourges
Thierry CHATELIN	Membre – Présidente de l'UDAF
Denise DURANTON	Membre – Représentant Action Logement
Lucien DAVID	Membre – Président CAF du Cher – Secrétaire de Séance
Marie-Claire FERRIER	Membre – Représentant des locataires (CNL)
Claude HENRY	Membre – Représentant des locataires (CLCV)
Gilles GIRAUDON	Membre – Représentant des locataires (CLCV)
Bruno NOBLE	Membre – Représentant des locataires (Indecosa-CGT)
	Membre – Représentant des locataires (Indecosa-CGT)
	Membre – Représentant l'UD CGT du Cher

ÉTAIENT EXCUSES :

Nathalie LEMARCHAND

Membre – Représentant Caisse des Dépôts

Pouvoir à Emmanuel RIOTTE

Rachid BOUADMA

Membre – Secrétaire Général de l'UD CFDT du Cher

Pouvoir à Thierry CHATELIN

ASSISTAIENT ÉGALEMENT A LA SEANCE :

Thierry TOUZET

Directeur Départemental des Territoires

Représentant Monsieur le Préfet du Cher

Frédéric DECOIN

Secrétaire du Comité Social et Economique de Val de Berry

PRESENCE DU COMITE DE DIRECTION AU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

Benoît LEMAIGRE

Directeur Général Adjoint - Directeur Technique et Développement

Jean-Luc PINSON

Directeur Général Adjoint - Directeur Financier et Informatique

Emilie LARAINÉ

Directrice des Affaires Juridiques et Commandes Publiques

Stéphanie JOUVE

Directrice des Ressources Humaines

Claudie CAMUZAT

Directrice Commerciale et Proximité

Nathalie CLOUET

Directrice de la Clientèle

Nadège BEDU

Assistante du Directeur Général

.....
La séance est levée à 11 H 00.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

=====

Séance du Vendredi 10 Décembre 2021 à 9 H 30

=====

XV – CONVENTION DE PARTICIPATION

PARTICIPATION EN PREVOYANCE

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une convention de participation.

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu 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 complémentaire de leurs agents ;

Vu l'avis du CSE,

Depuis la loi n°2007-209 du 19 février 2007, qui a introduit un article 22 bis dans la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient. Cette participation est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.

Le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 complété par quatre arrêtés d'application publiés le même jour, a précisé les modalités pratiques de mise en œuvre de cette participation. L'organe délibérant doit ainsi fixer le montant de la participation versée aux agents et se prononcer sur les modalités de son versement.

A l'issue de la procédure de mise en concurrence, ALLIANZ COLLECTEAM a été retenu. Il convient par conséquent de signer une convention de participation avec ALLIANZ COLLECTEAM.

Il est alors demandé aux membres du Conseil d'Administration de bien vouloir autoriser le Directeur Général à signer la convention de participation telle que mise en œuvre avec ALLIANZ COLLECTEAM, à compter du 1^{er} janvier 2022, pour une durée de 6 ans,

Le Directeur Général propose de fixer le montant de la participation financière de VAL DE BERRY à 90% par agent et par mois sur la base de la cotisation « isolé » et de verser mensuellement la participation financière aux agents titulaires et stagiaires de VAL DE BERRY, en position d'activité ou détachés auprès de celle-ci, travaillant à temps complet, à temps partiel ou à temps non complet qui adhéreront aux contrats conclus dans le cadre de la convention de participation.

PARTICIPATION EN COMPLEMENTAIRE SANTE

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une convention de participation.

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu 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 complémentaire de leurs agents ;

Vu l'avis du CSE,

Depuis la loi n°2007-209 du 19 février 2007, qui a introduit un article 22 bis dans la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient. Cette participation est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.

Le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 complété par quatre arrêtés d'application publiés le même jour, a précisé les modalités pratiques de mise en œuvre de cette participation. L'organe délibérant doit ainsi fixer le montant de la participation versée aux agents et se prononcer sur les modalités de son versement.

A l'issue de la procédure de mise en concurrence, MUTUALE a été retenu. Il convient par conséquent de signer une convention de participation avec MUTUALE.

Il est alors demandé aux membres du Conseil d'Administration de bien vouloir autoriser le directeur général à signer la convention de participation telle que mise en œuvre avec MUTUALE, à compter du 1^{er} janvier 2022, pour une durée de 6 ans,

Le directeur général propose de fixer le montant de la participation financière de VAL DE BERRY à 60% par agent et par mois sur la base de la cotisation « isolé » et de verser mensuellement la participation financière aux agents titulaires et stagiaires de VAL DE BERRY, en position d'activité ou détachés auprès de celle-ci, travaillant à temps complet, à temps partiel ou à temps non complet qui adhéreront aux contrats conclus dans le cadre de la convention de participation.

A titre indicatif, la cotisation 2022 sera de 70,62 euros ; la part employeur sera donc de 42,37 euros.

Je vous remercie d'autoriser le Directeur Général à signer ces conventions de participation.

**VOTE : NOMBRE DE PRESENTS OU REPRESENTES : 27
POUR : 27 CONTRE : 0 ABSTENTION : 0**

DELIBERATION

Le Conseil d'Administration donne son accord pour la signature de la convention de participation de la prévoyance avec ALLIANZ COLLECTEAM ainsi que la participation financière de VAL DE BERRY de 90 % pour l'ensemble des salariés de la Fonction Publique.

Le Conseil d'Administration donne également son accord pour la signature de la convention de participation pour la complémentaire santé avec MUTUALE ainsi que la participation financière de VAL DE BERRY à 60% par agent et par mois sur la base de la cotisation « isolé ».

.....
La Secrétaire de Séance,
Annie MORDANT

Le Président,
Emmanuel RIOTTE

Extrait certifié conforme
Bourges, le 13 décembre 2021
Pour le Directeur Général
Par Délégation
Le Directeur Général Adjoint
Directeur Technique et Développement
Benoît LEMAIGRE



L'assiette de cotisation retenue par l'Office pour servir de base à l'établissement de la cotisation est la suivante : Traitement de base indiciaire (TBI) brut + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute + Régime Indemnitaire (RI) brut.

GARANTIES	PRESTATIONS (1)
Décès / PTIA toutes causes	300 %
> Marié, célibataire, veuf, divorcé	50 %
> Majoration par enfant ou ascendant à charge	100 % du capital décès toutes causes
Double effet	100 % PMSS (2)
Allocation obsèques	60 % de la rente d'invalidité
INVALIDITE PERMANENTE	75 %
> Taux retenu par la CNRACL inférieur à 60 %	
> Taux retenu par la CNRACL supérieur à 60 %	
INCAPACITE DE TRAVAIL	
> Niveau d'indemnisation	100 %
> Durée d'indemnisation	3 ans
> Franchise cumulée	90 jours
TAX DE COTISATION	2,05 %

Le présent document n'a aucune valeur contractuelle.

Les taux de cotisation sont identiques quel que soit l'âge des agents. L'adhésion intervient sans questionnaire médical, ni délai de carence.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONTRAT

L'agent doit :

- > faire partie des effectifs de VAL DE BERRY HABITAT,
- > être en activité normale de service,
- > n'être rémunéré ni à l'heure, ni à la journée,
- > ne pas être en arrêt de travail ou à temps partiel thérapeutique.

Cas spécifiques :

Les agents n'adhèrent pas au contrat à la date de prise d'effet de celui-ci, pour des raisons autres que médicales, pourront y adhérer sans condition sous réserve que leur adhésion intervienne :

- > pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du présent contrat, pour les agents, en activité, non titulaires d'un contrat personnel d'assurance prévoyance,
- > dans un délai d'un an à compter de la date de prise en charge du présent contrat pour les agents bénéficiant d'un contrat personnel d'assurance prévoyance. L'adhésion prend effet au lendemain de la résiliation de leur contrat personnel (il conviendra de joindre une copie du précédent contrat au bulletin d'admission).

(1) Prestations calculées sur le salaire net sous déduction des prestations servies par l'employeur au titre de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984, la CNRACL, ou tout autre régime obligatoire.

(2) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, sa valeur estimée au 1^{er} janvier 2022 est de 3 428 €.

Les agents en arrêt de travail ou à temps partiel thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat pourront adhérer :

- > à l'issue d'une reprise effective de leur activité à temps complet au moins égale à 30 jours consécutifs pour les agents non couverts précédemment par un contrat collectif,
- > dès leur reprise effective d'activité pour les agents déjà couverts par un contrat collectif, même nature antérieurement à la date de leur demande d'adhésion.

DECES - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

CAPITAL EN CAS DE DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) TOUTES CAUSES

En cas de décès de l'assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé aux conditions particulières (tableau ci-contre).

Le capital prévu en cas de décès est versé par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'assuré est réputé atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il remplit les conditions suivantes :

- > il a été reconnu par l'assureur comme définitivement et totalement incapable d'exercer une profession quelconque et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- > il a reçu la notification par la CNRACL ou la Sécurité sociale de son classement en 3ème catégorie d'invalidité, ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente d'au moins 80 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Lorsque le capital est versé par anticipation, l'assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès.

CAPITAL EN CAS DE DOUBLE EFFET

Lorsque le conjoint décède après l'assuré, alors qu'un ou plusieurs enfants qui étaient à charge de l'assuré décédé demeurent à sa charge, l'assureur verse au bénéfice des enfants ainsi définis un capital, dont le montant est fixé aux Conditions Particulières, réparti par parts égales entre eux. Seuls ces enfants ouvrent droit à majoration du capital.

Le capital est également versé si l'assuré et son conjoint viennent à décéder ensemble, au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre du décès.

ALLOCATION OBSÈQUES

Cette allocation est versée dans tous les cas, dans la limite des frais exposés, à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives.

INVALIDITE PERMANENTE - INCAPACITE DE TRAVAIL

INCAPACITE DE TRAVAIL

En cas d'arrêt de travail dûment constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu d'un assuré, donnant lieu au versement du demi-traitement employeur, l'assureur règle une indemnité complémentaire dont le montant est fixé aux conditions particulières.

Les indemnités quotidiennes cessent d'être dues :

- > si la Sécurité sociale ou l'employeur cesse le versement de ses indemnités journalières,
- > en cas de reprise de travail à temps complet ou temps partiel, ou lorsque l'assureur considère que l'assuré est en état de reprendre une activité rémunérée,
- > à la date d'attribution par la Sécurité sociale ou la CNRACL d'une pension d'invalidité ou d'incapacité permanente.

La prestation garantissant le maintien du régime indemnitaire vient en complément d'un régime indemnitaire maintenu réellement par l'Office ou reconstitué, à hauteur de 50 %. Elle est subordonnée au versement d'une prestation complémentaire au titre du TBI+NBI.

INVALIDITE OU INCAPACITE PERMANENTE

L'assuré perçoit une rente d'invalidité, lorsqu'il remplit les critères d'attribution et qu'il perçoit en outre une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité de la Sécurité sociale ou de la CNRACL.

Elle cesse d'être due dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- > En cas de reprise d'activité, même partielle
- > si l'état d'invalidité de l'assuré ne répond plus aux conditions prévues par la garantie,
- > à la date d'attribution par la Sécurité sociale de la pension de vieillesse.
- > à la date d'atteinte de l'âge légal de départ à la retraite.

DEFINITIONS

Assuré : tout agent ayant complété un bulletin individuel d'adhésion et en respectant les conditions d'adhésion.

Conjoint : sauf précision contraire, nous entendons par conjoint, le conjoint de l'assuré marié ou à défaut le partenaire lié à l'assuré par un Pacte civil de Solidarité « PACS ».

Enfants à charge : les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, lorsqu'ils sont fiscalement à charge de l'assuré :

- > s'ils sont mineurs ou titulaires de la carte d'invalidité (art. L 241-3 CASF),
- > ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 26 ans,
 - ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi dont la rémunération mensuelle est inférieure à 80 % du SMIC (emploi occasionnel ou formation en alternance),
- > ainsi que l'enfant de l'assuré né viable moins de 300 jours après le décès de l'assuré.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque assuré :

- > dès que l'assuré cesse d'appartenir à la catégorie de personnel à laquelle les Conditions Particulières s'appliquent,
- > et au plus tard à la date de l'attribution de sa pension vieillesse ou d'une pension pour incapacité au travail de la Sécurité sociale,
- > en cas de résiliation de contrat.

EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus de toutes les garanties :


- > les conséquences d'une guerre civile ou d'une insurrection ou d'une guerre ou agression étrangère, pour les risques survenant en France,
- > les conséquences de la participation active de l'assuré à une guerre où la France n'est pas belligérante, une insurrection, une émeute, un mouvement populaire, un attentat ou une tentative d'attentat, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- > le suicide de l'assuré, avant une année continue d'affiliation. Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, l'assuré réunit une année continue d'assurance à la date du suicide,
- > les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.


collecteam

VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER
VOUS PROTÉGER

**RESUME DE GARANTIES PREVOYANCE
AGENTS RELEVANT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

**VAL DE BERRY HABITAT
BOURGES (18)**

 PRESTATIONS 2022	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux :		
Consultations - visites : généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	200% BR
Consultations - visites : généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	180% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	200% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	180% BR
Forfait pour les actes dits "lourds"	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux :		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes.....)	60 % BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoires :		
Analyses médicales remboursées	60 % BR	100% BR
Imageries médicales :		
Imageries médicales signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	200% BR
Imageries médicales non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	180% BR
Matériel Médical		
Petits et gros appareillages, prothèses médicales (autres que dentaires et auditives) remboursés par le RO	60 % BR	200 % BR
Transports, ambulances		
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	65% BR	100 % BR
Pharmacie		
Service médical rendu (SMR) Important (vignette blanche)	65% BR	100 % BR
Service médical rendu (SMR) modéré (vignette bleue)	30% BR	100 % BR
Service médical rendu (SMR) faible (vignette orange)	15% BR	100 % BR
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	80 % ou 100% BR	100% BR
Honoraires et actes chirurgicaux signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % ou 100% BR	200% BR
Honoraires et actes chirurgicaux non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % ou 100% BR	180% BR
Forfait journalier hospitalier	-	100% FR
Forfait journalier psychiatrie	-	100% FR
Chambre particulière (nuité ou ambulatoire)	-	2,5% PMSS/jour
Frais d'accompagnement (enfant <16 ans) maxi 15j/an	-	1,5% PMSS/jour
Forfait pour les actes dits "lourds"	-	Frais réels
Forfait Patient Urgences (6)	-	Frais réels
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé***	70% BR	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation
Soins et prothèses - Panier maîtrisé**	70% BR	300% BR
Dentaire (prothèses panier libre)		
Soins, actes chirurgicaux dentaires, inlays-onlays, parodontologie remboursés par le RO	70 % BR	300% BR
Prothèses dentaires, inlay-core, implants remboursés par le RO	70 % BR	300% BR
Prothèses, actes dentaires non remboursés par le R.O	-	300€/ acte
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursée par le R.O	-	400€/ an
Orthodontie remboursée par le RO	70% ou 100% BR	350% BR/ semestre
Orthodontie non remboursée par le R.O	-	300€/ an
OPTIQUE		
Equipements 100% santé (classe A) ** (2)	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)
Suppléments et prestations optiques (Classe A) (2)	60% BR	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)
Equipement Classe B		
Dont Monture (2)		
2 Verres simples + monture (2)	60% BR	100,00 €
2 Verres complexes + monture (2)	60% BR	400 €
2 Verres très complexes + monture (2)	60% BR	650 €
1 verre simple + 1 verre complexe + monture (2)	60% BR	750 €
1 verre simple + 1 verre très complexe + monture (2)	60% BR	550 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture (2)	60% BR	550 €
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées par le R.O (la paire)	60% BR	100% + 300 €/an
Lentilles non remboursées par le R.O ou Jetables (la paire)	-	300 €/an

PRESTATIONS 2022	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE
 Mutuelle La Mutuelle Française		
Chirurgie réfractive cornéenne (par œil)	-	400 €/œil
Suppléments et prestations optiques	60% BR	100% BR
AIDES AUDITIVES		
Équipement 100% santé classe I tous les 4 ans	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de Vente
Équipement classe II dans la limite de 1700 € par oreille (RO inclus) tous les 4 ans	60% BR	150% BR + 450 € /prothèse
Consommables , piles ou accessoires remboursés par le RO	60% BR	100% BR
CURE THERMALE		
Cure thermale (forfait versé dans la limite des frais réels et sur justificatifs)	65% BR	100% BR + 100€
MEDECINES DOUCES		
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Microkinésithérapeute, Podologue, Psychomotricien, Homéopathe, Psychologue, Sophrologue, Sexologue, Réflexologue	-	150 €/ an
PREVENTION		
Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code la sécurité sociale sont pris en charge	70 % BR	100 % BR
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 du code de la sécurité sociale	70 % BR	100 % BR + 40€/an
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO		40€/an
Vaccins non pris en charge par le RO	-	25€/an
Vaccin antigrippal	-	100% FR
Contraceptif	-	50€/ an
Forfait Sport (3)	-	20 €/ an
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES		
Garantie Assistance Santé Vie Quotidienne (4)	-	Oui
Allocation natalité ou adoption (5)	-	6% PMSS

R.O : Régime obligatoire BR : Base de remboursement régime obligatoire. Les remboursements sont effectués sur la base du régime obligatoire.

Les remboursements sont effectués sur la base du Régime Obligatoire

Toutes les prestations de la mutuelle sont versées par bénéficiaires.

(1) OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique)

(2) La prise en charge des dépenses d'optique comprend un équipement complet (monture et verres) en fonction du niveau de correction et dans la limite des plafonds. Elle est par ailleurs limitée dans les conditions ci-dessous. Le renouvellement anticipé se fera conformément aux règles du contrat responsable.
 Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
 Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
 Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
 Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Pour les patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin). Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...). Pour les patients qui présentent également une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) le forfait sport est octroyé à tout adhérent (y compris à ses ayants-droit), titulaire d'une licence sportive ou inscrit dans une salle de sport ou sur présentation d'une facture acquittée pour une activité de remise en forme ou acquittée auprès d'un club ou association de danse

(4) Garantie assurée par l'organisme Garantie Assistance immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 312 517 493 et diffusée par Cogemut au RCS de Créteil sous le numéro 408 184 208 n° de téléphone : 01 53 99 13 80

(5) Garanties couvertes auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance (MGP) immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660

(6) Les urgences gynécologiques ne sont pas concernées.

** tels que définis réglementairement,

*** panier sans reste à charge défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires prévus à cet effet.

Exemple de remboursement⁽¹⁾ VAL DE BERRY

Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	43,00 €	Non remboursé	0,00 €	43,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuelle 2020
Séjour avec actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour en secteur privé	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	447,00 €	271,70 €	247,70 €	199,30 €	0,00 €	
Séjour sans actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour en secteur public	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	1€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	1€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 5 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	25,30 €	13,60 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	25,30 €	16,60 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	537,48 €	107,50 €	75,25 €	247,25 €	214,98 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	42,75 €	
Optique						
100% santé						
Verres simples (41€ par verre) et monture (30€)	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Verres simples (100€ par verre) et monture (139€)	339,00 €	0,15 €	0,09 €	338,91 €	0,00 €	
Verres progressifs (231€ par verre) et monture (139€)	601,00 €	0,15 €	0,09 €	600,91 €	0,00 €	
Autres prestations optiques						
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	Non remboursé	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	Non remboursé	0,00 €	800,00 €	600,00 €	
Aides auditives						
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans						
	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans						
	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	810,00 €	426,00 €	

¹⁾ Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

²⁾ Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

³⁾ La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.