



L'an deux mille vingt-cinq, le 23 octobre, à 09 heures 30, se sont réunis, au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Aube à Sainte-Savine, les membres du Conseil d'Administration, sous la présidence de Monsieur Thierry BLASCO, Président, dûment convoqués le 09 septembre 2025.

Nombre de Membres en exercice	26	Présents(es) : Messieurs Thierry BLASCO, Alain BALLAND, Michel LAMY, Christian BLASSON, Richard BRUGGER, Philippe DALLEMAGNE, Mesdames Annie DUCHENE, Carmen LABILLE, Messieurs Jean-Marie CASTEX, Denis MAILIER, Madame Raphaële LANTHIEZ, Messieurs Jean-Philippe RESIDORI, François MANDELLI, Mesdames Anna ZAJAC, Rachida BOUDADI.
Nombre de Membres présents	18	Représentés(es) par leur suppléant(e) : Monsieur Philippe BORDE était représenté par Madame Laurence CAILLET. Monsieur Patrick DYON était représenté par Monsieur William HANDEL. Monsieur Arnaud MAGLOIRE était représenté par Madame Sylviane BETTINGER.
Nombre de pouvoirs	4	Ayant donné pouvoir : Monsieur Jean-Michel VIART avait donné pouvoir à Monsieur Thierry BLASCO. Monsieur Dominique BARONI avait donné pouvoir à Monsieur Christian BLASSON. Madame Isabelle HELIOT-COURONNE avait donné pouvoir à Monsieur François MANDELLI. Madame Nelly DELELIGNE avait donné pouvoir à Monsieur Philippe DALLEMAGNE.
Nombre de suffrages exprimés	22	Absents(es) excusés(es) : Mesdames Lydie FINELLO, Claude HOMEHR, Monsieur Jean-Marie CAMUT, Madame Marie-Thérèse LEROY.
Votes Pour	22	Assistaient : Madame Claudine KOLUDZKI, Directrice du Centre de Gestion, Monsieur Julien BROUSSE, Membre du Comité de Direction,
Votes Contre	0	
Abstention	0	

Monsieur Jean-Yves AEGERTER, Directeur-Adjoint du Centre de Gestion et Madame Carole LEROY, Agent Comptable du Centre de Gestion, étaient absents excusés.

Le Président a fait constat que le quorum était respecté réglementairement (article 24 du Décret n°85-643 du 26 juin 1985 modifié).

D2025_10_21

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

SOUSCRIPTION DU CDG 10 A LA CONVENTION D'E PARTICIPATION SANTE

Le Président rappelle aux membres du Conseil d'administration que toute collectivité territoriale ou établissement public doit prévoir un mode de participation financièrement à la protection sociale complémentaire de ses agents.

Il rappelle qu'à l'issue de la procédure de consultation, le CDG10 a souscrit une convention de participation pour le risque « Santé » auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) pour une durée de six (6) ans. Cette convention prend effet le 1er janvier 2026, pour se terminer le 31 décembre 2031.

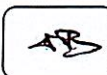
Caractéristiques de la Convention de participation « Santé »

Ce contrat propose trois niveaux de couverture des risques pour une tarification attractive :

Soins courants			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr</i>			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	100 €	150 €	200 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr</i>			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	30 €

30 € de récépissé en préfecture
010-281000026-20251023-D0205-10-21-DE
Date de télétransmission : 06/11/2025
Date de réception préfecture : 06/11/2025



Optique			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet		Remboursement intégral	
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Equipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €

Dentaire			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)		Remboursement intégral	
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

Aides auditives			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet		Remboursement intégral	
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €
Assistance	250 €	250 €	250 €

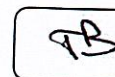
Accusé de réception en préfecture
 0610-281000026-20251023-D2025-010-21-DE
 Date de télétransmission : 06/11/2025
 Date de réception préfecture : 06/11/2025

	FORMULE NIVEAU 1	FORMULE NIVEAU 2	FORMULE NIVEAU 3
Enfant (gratuité à compter du 3ème)	23,76 €	30,31 €	37,35 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	35,93 €	45,83 €	56,48 €
Adulte actif de plus de 30 ans à 40 ans inclus	42,82 €	54,63 €	67,32
Adulte actif de plus de 40 ans à 50 ans inclus	54,34 €	69,32 €	85,43 €
Adulte actif de plus de 50 ans	76,73 €	97,88 €	120,63 €
Retraité	108,35 €	138,22 €	170,34 €

Chaque agent reste libre d'adhérer ou non à titre individuel au contrat issu de la convention de participation « santé ».

Le Président rappelle que le montant de la participation employeur institué à ce jour pour le risque « Santé » est depuis 2012 de 26 € brut par mois et par agent. Il est déjà supérieur à l'obligation légale qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026. Il propose donc de maintenir ce montant 26 € brut par mois et par agent, pour le risque « Santé », aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en activité qui auront fait le choix de bénéficier des garanties proposées dans le cadre de la convention de participation.

L'autorité territoriale précise que cette participation ne peut pas être versée dans le cas de contrats individuels souscrits par ailleurs même s'ils sont labellisés.



Le Conseil d'Administration, à l'unanimité des membres présents et représentés, **autorise** le Président :

- d'adhérer à la convention de participation pour le risque « Santé » conclue avec la MNT,
- d'accorder la participation financière aux fonctionnaires titulaires et stagiaires ainsi qu'aux agents contractuels de droit public et de droit privé du Centre de Gestion en activité ayant adhéré au contrat attaché à la convention de participation pour le risque « Santé »,
- de fixer le niveau de participation financière de la collectivité à hauteur de 26 € par mois par agent qui aura adhéré au contrat découlant de la convention de participation,
- d'autoriser le Président à signer les documents contractuels en découlant,
- de prévoir l'inscription au budget de l'exercice correspondant les crédits nécessaires à la mise en œuvre de la présente délibération.

Pour extrait conforme,
A Sainte-Savine, le 23 octobre 2025

Le Président,



Thierry BLASCO

Le Président du CDG 10 certifie, sous sa responsabilité,
le caractère exécutoire du présent acte
à compter du 06/11/2025.

Le Président,



Thierry BLASCO

