

# DELIBERATION DU COMITE DE POLE DU PAYS DU LUNEVILLOIS

SEANCE DU 09 DECEMBRE 2015

L'an deux mille quinze, le 09 décembre, les représentants du Comité du Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du Pays du Lunévillois, légalement convoqués, se sont réunis au nombre prescrit par la loi, à Reillon sous la Présidence de Monsieur Hervé BERTRAND.

NOMBRE DE MEMBRES	
En exercice : 30 Présents : 23	<b><u>Etaient présents :</u></b> M. BERTRAND Hervé, Mme COLAS Claudine, M. COLIN Philippe, M. de GOUVION SAINT CYR Laurent, M. DEWAELE Jacques, M. DUJARDIN Bruno, Mme FALQUE Rose-Marie, M. GELLENONCOURT Laurent, M. GENAY François, Mme GEORGES Marie-Jo, M. GEX Christian, M. GOGLIONE Jean-Marie, M. HAINZELIN Francis, M. JAMBOIS Guy, M. LAVOIL Jacques, M. MARCHAL Michel, M. MARTIN Jean-Paul, M. MULLER Bernard, M. PISTER Jacques, M. SERVANT Guy, M. SONREL Christophe, Mme VAUDEVILLE Sabrina, M. ZABEL Bernard.
Votants : 26	<b><u>Etaient excusés avec pouvoir :</u></b> M. ACREMENT René donne pouvoir à M. MULLER Bernard, M. BAUDOIN Jacques donne pouvoir à M. DUJARDIN Bruno, M. LAMBLIN Jacques donne pouvoir à M. BERTRAND Hervé.
Nombre de suffrages exprimés :	<b><u>Etaient excusés remplacés par leur suppléant :</u></b> M. ARNOULD Philippe, M. BIENTZ Guy
Pour : 26 Contre : 0 Abstention : 0	<b><u>Etaient excusés :</u></b> M. AUBERT Jean-Christophe, M. BOUCAUD Christian, M. HAUVILLER Jonathan, Mme JACQUOT Dominique, M. MERCIER Thierry
	<b><u>Voix consultative :</u></b> M. RICHARD Claude (présent), Mme Sophie LEHE (excusée)
	A été nommée comme <b><u>secrétaire de séance</u></b> : Mme VAUDEVILLE Sabrina

**2015-056**

Date de convocation 02/12/2015	<b>DELIBERATION PORTANT ADHESION A LA CONVENTION DE PARTICIPATION « SANTE » DU CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE MEURTHE-ET-MOSELLE</b>
	<p>Le Président informe le Conseil que le décret n°2011-1474 paru le 8 novembre 2011 donne la possibilité aux employeurs publics de contribuer financièrement à la couverture santé et/ou prévoyance de leurs agents (fonctionnaires, non titulaires et de droit privé).</p> <p>Les articles 25 et 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 donnent compétence aux Centres de Gestion pour conclure une convention de participation pour le compte des collectivités et établissements de leur ressort qui le demandent.</p> <p>Le Centre de gestion de Meurthe-et-Moselle a décidé l'engagement d'une procédure pour le risque « SANTE ». Cette nouvelle procédure groupée vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre l'adhésion des agents à un contrat-groupe destiné à rembourser les</li> </ul>

frais de Santé en complément du régime obligatoire de Sécurité Sociale (plus couramment appelé « Mutuelle Santé »),

- Offrir aux collectivités adhérentes un schéma de participation financière performant et sécurisé, au bénéfice de leurs agents territoriaux.

Le groupement des collectivités à l'échelon départemental permet d'optimiser les coûts d'adhésion des agents en leur garantissant un contenu contractuel de haut niveau.

**Les éléments substantiels de cette convention de participation peuvent être résumés comme suit :**

- **Un panel de 3 formules de souscription permettant à vos agents d'être couverts selon leurs choix et/ou contraintes budgétaires,**
- **La prise en compte de toutes les situations familiales : agent seul, en couple, avec ou sans enfants à charge,...**
- **Une adhésion libre des agents,**
- **Une couverture proposée aux agents retraités de la collectivité selon des conditions très avantageuses,**
- **Un pilotage annuel réalisé par un « tiers-expert » désigné par le Centre de Gestion afin d'adapter le contrat aux niveaux de consommations relevés chaque année pour répondre au mieux aux besoins des adhérents,**
- **Cette analyse technique neutre sera un atout lors des futures discussions/négociations avec l'assureur.**
- **Une assistance et un accompagnement de toutes les collectivités par le Centre de Gestion: relations avec les équipes de la mutuelle retenue, accompagnement en cas de difficulté de gestion (adhésions, vie du contrat ...)**
- **La participation est fixée à au moins 5 euros par mois et par agent et ne peut dépasser le montant total de la cotisation.**

#### **LE PRESIDENT PROPOSE A L'ASSEMBLEE**

- VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;
- VU le Code des Assurances ;
- VU la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, notamment l'article 26.
- 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 sociale complémentaire de leurs agents ;
- VU 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 ;
- VU la délibération du Centre de Gestion de Meurthe-et Moselle en date du 26 janvier 2015 approuvant le lancement d'une consultation pour la passation d'une convention de participation mutualisée au risque « Santé » dans le domaine de la protection sociale complémentaire pour l'ensemble des collectivités du département ;
- VU l'avis favorable du Comité Technique Paritaire placé auprès du Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle en date du 21 septembre 2015 validant à l'unanimité de ses membres le choix du groupement d'opérateurs INTERIALE (Porteur du risque) et GRAS SAVOYE (courtier gestionnaire),
- VU la délibération du Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle en date du 5 octobre 2015 désignant le groupement d'opérateurs INTERIALE (assureur) / GRAS SAVOYE (courtier gestionnaire) en charge du lancement et de la gestion de la convention de participation « Santé »;
- VU l'exposé du Président,

Considérant l'intérêt social d'une couverture « Santé » généralisée dans les effectifs de la collectivité,



Lunéville, le mercredi 27 janvier 2016

Hervé BERTRAND  
Président

à

l'ensemble des agents du PETR

OBJET : Assurance Santé

N/ REFER : HB/OBM RH - 2016-janv14

Affaire suivie par Odile Bégorre-Maire ☎ 03 83 77 72 72 – mail : [odile.begorre-maire@pays-lunevillois.com](mailto:odile.begorre-maire@pays-lunevillois.com)

Madame, Monsieur,

Le 9 décembre dernier le comité du PETR du Pays du Lunévillois a pris la décision d'adhérer à la convention de participation pour le risque « Santé » organisée par le centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle pour une durée de 6 ans à compter du 1er janvier 2016.

En effet, le décret n°2011-1474 paru le 8 novembre 2011 donne la possibilité aux employeurs publics de contribuer financièrement à la couverture santé et/ou prévoyance de leurs agents (fonctionnaires, non titulaires et de droit privé).

Vous trouverez donc en pièces jointes le livret d'accueil à la complémentaire santé ainsi que le tableau des 3 formules de garanties, les grilles tarifaires et grilles optiques. Vous pouvez à tout moment retrouver l'ensemble des documents sur :

<http://www.cdg54.fr/Prevention/AssuranceSante.aspx>.

Je vous précise que le comité a décidé de fixer à 5 € (cinq euros) par mois et par agent, la participation financière de la collectivité au risque « Santé » susmentionné, (quelle que soit la quotité ou la modalité d'exercice du travail fourni par chaque agent). Cette participation pourra être versée directement à chaque agent et viendra en déduction de la cotisation versée à l'opérateur.

Si vous souhaitez des compléments ou vous souhaitez être accompagné dans votre démarche, Odile Bégorre Maire est à votre disposition.

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sincères salutations.

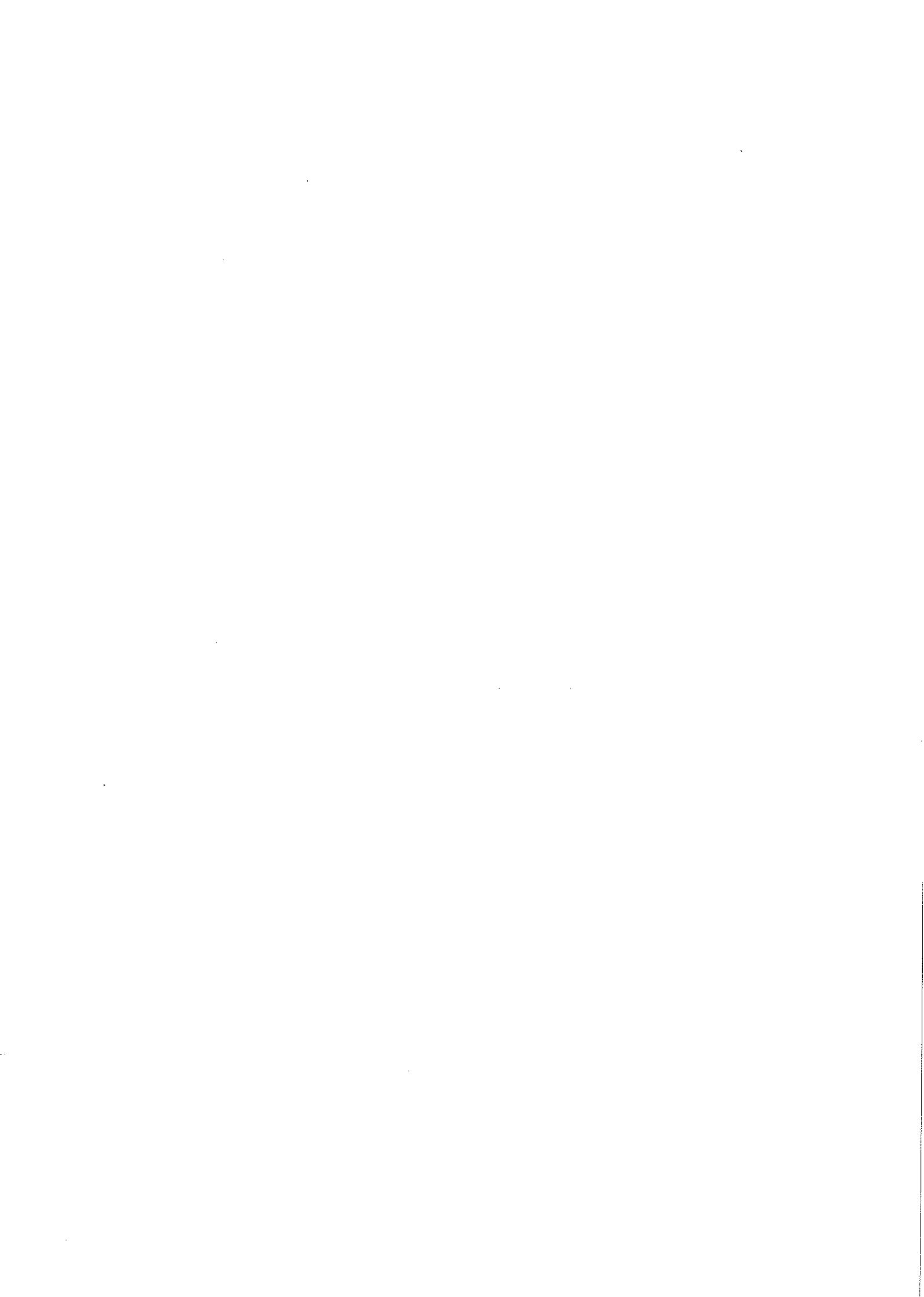
  
Le Président,  
Hervé BERTRAND



Formule 1 ESSENTIELLE		
Actifs - 30 ans		
	% PMSS	€
Assuré	0,75%	23,78 €
Assuré + 1 enfant	1,26%	39,94 €
Assuré + 2 enfants	1,77%	56,11 €
Assuré + 3 enfants	2,28%	72,28 €
2 adultes	1,46%	46,28 €
2 adultes + 1 enfant	1,97%	62,45 €
2 adultes + 2 enfants	2,47%	78,30 €
Famille	2,47%	78,30 €
Actifs 30 à 49 ans		
	% PMSS	€
Assuré	1,06%	33,60 €
Assuré + 1 enfant	1,58%	50,09 €
Assuré + 2 enfants	2,10%	66,57 €
Assuré + 3 enfants	2,62%	83,05 €
2 adultes	2,08%	65,94 €
2 adultes + 1 enfant	2,60%	82,42 €
2 adultes + 2 enfants	3,12%	98,90 €
Famille	3,12%	98,90 €
Actifs 50 ans et +		
	% PMSS	€
Assuré	1,58%	50,09 €
Assuré + 1 enfant	2,12%	67,20 €
Assuré + 2 enfants	2,66%	84,32 €
Assuré + 3 enfants	3,20%	101,44 €
2 adultes	3,15%	99,86 €
2 adultes + 1 enfant	3,69%	116,97 €
2 adultes + 2 enfants	4,22%	133,77 €
Famille	4,22%	133,77 €
Retraités		
	% PMSS	€
Assuré	2,19%	69,42 €
Assuré + 1 enfant	2,73%	86,54 €
Assuré + 2 enfants	3,27%	103,66 €
Assuré + 3 enfants	3,81%	120,78 €
2 adultes	4,37%	138,53 €
2 adultes + 1 enfant	4,37%	138,53 €
2 adultes + 2 enfants	4,37%	138,53 €
Famille	4,37%	138,53 €

Formule 2 RENFORCEE		
Actifs - 30 ans		
	% PMSS	€
Assuré	0,84%	26,63 €
Assuré + 1 enfant	1,44%	45,65 €
Assuré + 2 enfants	2,04%	64,67 €
Assuré + 3 enfants	2,64%	83,69 €
2 adultes	1,64%	51,99 €
2 adultes + 1 enfant	2,24%	71,01 €
2 adultes + 2 enfants	2,83%	89,71 €
Famille	2,83%	89,71 €
Actifs 30 à 49 ans		
	% PMSS	€
Assuré	1,37%	43,43 €
Assuré + 1 enfant	1,99%	63,08 €
Assuré + 2 enfants	2,61%	82,74 €
Assuré + 3 enfants	3,23%	102,39 €
2 adultes	2,71%	85,91 €
2 adultes + 1 enfant	3,33%	105,56 €
2 adultes + 2 enfants	3,95%	125,22 €
Famille	3,95%	125,22 €
Actifs 50 ans et +		
	% PMSS	€
Assuré	1,97%	62,45 €
Assuré + 1 enfant	2,61%	82,74 €
Assuré + 2 enfants	3,25%	103,03 €
Assuré + 3 enfants	3,89%	123,31 €
2 adultes	3,93%	124,58 €
2 adultes + 1 enfant	4,57%	144,87 €
2 adultes + 2 enfants	5,21%	165,16 €
Famille	5,21%	165,16 €
Retraités		
	% PMSS	€
Assuré	2,77%	87,81 €
Assuré + 1 enfant	3,41%	108,10 €
Assuré + 2 enfants	4,05%	128,39 €
Assuré + 3 enfants	4,69%	148,67 €
2 adultes	5,53%	175,30 €
2 adultes + 1 enfant	5,53%	175,30 €
2 adultes + 2 enfants	5,53%	175,30 €
Famille	5,53%	175,30 €

Formule 3 SUPERIEURE		
Actifs - 30 ans		
	% PMSS	€
Assuré	0,91%	28,85 €
Assuré + 1 enfant	1,66%	52,62 €
Assuré + 2 enfants	2,41%	76,40 €
Assuré + 3 enfants	3,16%	100,17 €
2 adultes	1,79%	56,74 €
2 adultes + 1 enfant	2,54%	80,52 €
2 adultes + 2 enfants	3,29%	104,29 €
Famille	3,29%	104,29 €
Actifs 30 à 49 ans		
	% PMSS	€
Assuré	1,63%	51,67 €
Assuré + 1 enfant	2,42%	76,71 €
Assuré + 2 enfants	3,21%	101,76 €
Assuré + 3 enfants	4,00%	126,80 €
2 adultes	3,22%	102,07 €
2 adultes + 1 enfant	4,01%	127,12 €
2 adultes + 2 enfants	4,80%	152,16 €
Famille	4,81%	152,48 €
Actifs 50 ans et +		
	% PMSS	€
Assuré	2,09%	66,25 €
Assuré + 1 enfant	2,89%	91,61 €
Assuré + 2 enfants	3,69%	116,97 €
Assuré + 3 enfants	4,49%	142,33 €
2 adultes	4,16%	131,87 €
2 adultes + 1 enfant	4,96%	157,23 €
2 adultes + 2 enfants	5,75%	182,28 €
Famille	5,75%	182,28 €
Retraités		
	% PMSS	€
Assuré	3,37%	106,83 €
Assuré + 1 enfant	4,17%	132,19 €
Assuré + 2 enfants	4,97%	157,55 €
Assuré + 3 enfants	5,77%	182,91 €
2 adultes	6,73%	213,34 €
2 adultes + 1 enfant	6,73%	213,34 €
2 adultes + 2 enfants	6,73%	213,34 €
Famille	6,73%	213,34 €



Prestations	Montant du remboursement y compris régime obligatoire (RO)		
	Formule 1 Essentielle	Formule 2 Renforcée	Formule 3 Supérieure
<b>SOINS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX</b>			
Consultation - visite de généralistes	100 % de la BRSS <b>22,00 €</b>	100 % de la BRSS <b>22,00 €</b>	100 % de la BRSS <b>22,00 €</b>
<b>Exemple remboursement consultation à 23€</b>			
Consultation - visite spécialistes- CAS	170 % de la BRSS <b>46,60 €</b>	195 % de la BRSS <b>49,00 €</b>	220 % de la BRSS <b>49,00 €</b>
<b>Exemple remboursement consultation à 50€</b>			
Consultation - visite spécialistes- non CAS	150 % de la BRSS <b>41,00 €</b>	175 % de la BRSS <b>48,00 €</b>	200 % de la BRSS <b>49,00 €</b>
<b>Exemple remboursement consultation à 50€</b>			
Auxiliaires médicaux	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
Analyses - Acte de biologie	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
Actes techniques médicaux - CAS	100 % de la BRSS	135 % de la BRSS	145 % de la BRSS
Actes techniques médicaux - non CAS	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
Radiologie - CAS	100 % de la BRSS	135 % de la BRSS	145 % de la BRSS
Radiologie - non CAS	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
<b>PHARMACIE</b>			
Pharmacie	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité et hospitalisation à domicile)</b>			
Frais de séjour	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	300 % de la BRSS
Honoraires médecins - CAS	170 % de la BRSS	195 % de la BRSS	220 % de la BRSS
<b>Dépassements honoraires de 300€</b>	<b>190,19 €</b>	<b>258,11 €</b>	<b>300,00 €</b>
Honoraires médecins - non CAS	150 % de la BRSS	175 % de la BRSS	200 % de la BRSS
<b>Dépassements honoraires de 300€</b>	<b>136,57 €</b>	<b>204,84 €</b>	<b>273,13 €</b>
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire 'gros risques' (18€)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	50 € par jour	60 € par jour	75 € par jour
Chambre particulière – Etablissement spécialisé	50 € par jour (limité à 60 jours)	60 € par jour (limité à 60 jours)	75 € par jour (limité à 60 jours)
Forfait accompagnant (enfant ou adulte)	15 € par jour	25 € par jour	25 € par jour
<b>OPTIQUE</b>			
Monture	GRILLE 1 respectant les minimas et maximas du décret	GRILLE 2 respectant les minimas et maximas du décret	GRILLE 3 respectant les minimas et maximas du décret
Verres			

Prestations	Formule 1 Essentielle	Formule 2 Renforcée	Formule 3 Supérieure
<b>Exemple monture à 130€ et verres progressifs à 500€</b>	<b>483,58 €</b>	<b>608,58 €</b>	<b>630,00 €</b>
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire	100 % de la BRSS +100 €	100 % de la BRSS +150 €	100 % de la BRSS +200 €
<b>Exemple lentilles acceptées par la sécurité sociale à 250€/an</b>	<b>178,96 €</b>	<b>228,96 €</b>	<b>250,00 €</b>
Chirurgie réfractive	Néant	Forfait maximum de 200 € par oeil	Forfait maximum de 350 € par oeil
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires sans dépassement	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
<b>Exemple traitement d'une carrie une face par un chirurgien dentiste à 16,87€</b>	<b>16,87 €</b>	<b>16,87 €</b>	<b>16,87 €</b>
Soins dentaires avec dépassement	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
<b>Exemple traitement d'une carrie une face par un chirurgien dentiste à 30€</b>	<b>21,93 €</b>	<b>25,30 €</b>	<b>30,00 €</b>
Prothèses remboursées S.S	270 % du BRSS Plafond annuel 1.000€ hors S.S et 125% de la BRSS au delà	370 % du BRSS Plafond annuel 1.500€ hors S.S et 125% de la BRSS au delà	470 % du BRSS Plafond annuel 2.000€ hors S.S et 125% de la BRSS au delà
<b>Exemple d'une prothèse dentaire remboursée par la sécurité sociale à 500€</b>	<b>290,25 €</b>	<b>397,75 €</b>	<b>500,00 €</b>
Inlay-Core	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	150 % de la BRSS
<b>Exemple Inlay-Core simple à 175€</b>	<b>153,19 €</b>	<b>175,00 €</b>	<b>175,00 €</b>
Orthodontie jusqu'à 16 ans	250 % de la BRSS (2 / an)	300 % de la BRSS (2 / an)	350 % de la BRSS (2 / an)
<b>Exemple traitement orthodontie à 650€ / semestre</b>	<b>483,75 €</b>	<b>580,50 €</b>	<b>650,00 €</b>
Implantologie / paradontologie	150 € (maxi 2 implants par an)	250 € (maxi 2 implants par an)	400 € (maxi 2 implants par an)
<b>APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MÉDICAUX</b>			
Orthopédie / Petit appareillage	150 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS
<b>Exemple paire de semelle orthopédique taille 38 à 80€</b>	<b>41,03 €</b>	<b>68,38 €</b>	<b>80,00 €</b>
Prothèses auditives	100 % de la BRSS +100 € / an	250 % de la BRSS + 200€ / an	300 % de la BRSS + 400 € / an
<b>Exemple prothèse auditive pour patient de plus de 20 ans à 900€</b>	<b>299,71 €</b>	<b>699,28 €</b>	<b>900,00 €</b>
<b>TRANSPORT</b>			
Transport	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
<b>PRÉVENTION</b>			
Actes de prévention (pris en charge par le RO)	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS

# Comment résilier votre mutuelle santé ?

## Principe

La date limite pour résilier votre contrat doit vous être rappelée avec votre avis d'échéance annuelle de cotisation. Le plus souvent, une date d'échéance au 31/12 vous donne la possibilité de résilier jusqu'au 31/10.

## 1<sup>er</sup> cas : votre assureur vous informe tardivement

Lorsque votre avis vous est adressé moins de 15 jours avant la date limite de résiliation (soit après le 15/10 dans la plupart des cas), ou lorsqu'il vous est adressé après cette date (le 31/10), vous disposez d'un délai de **20 jours** suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat.

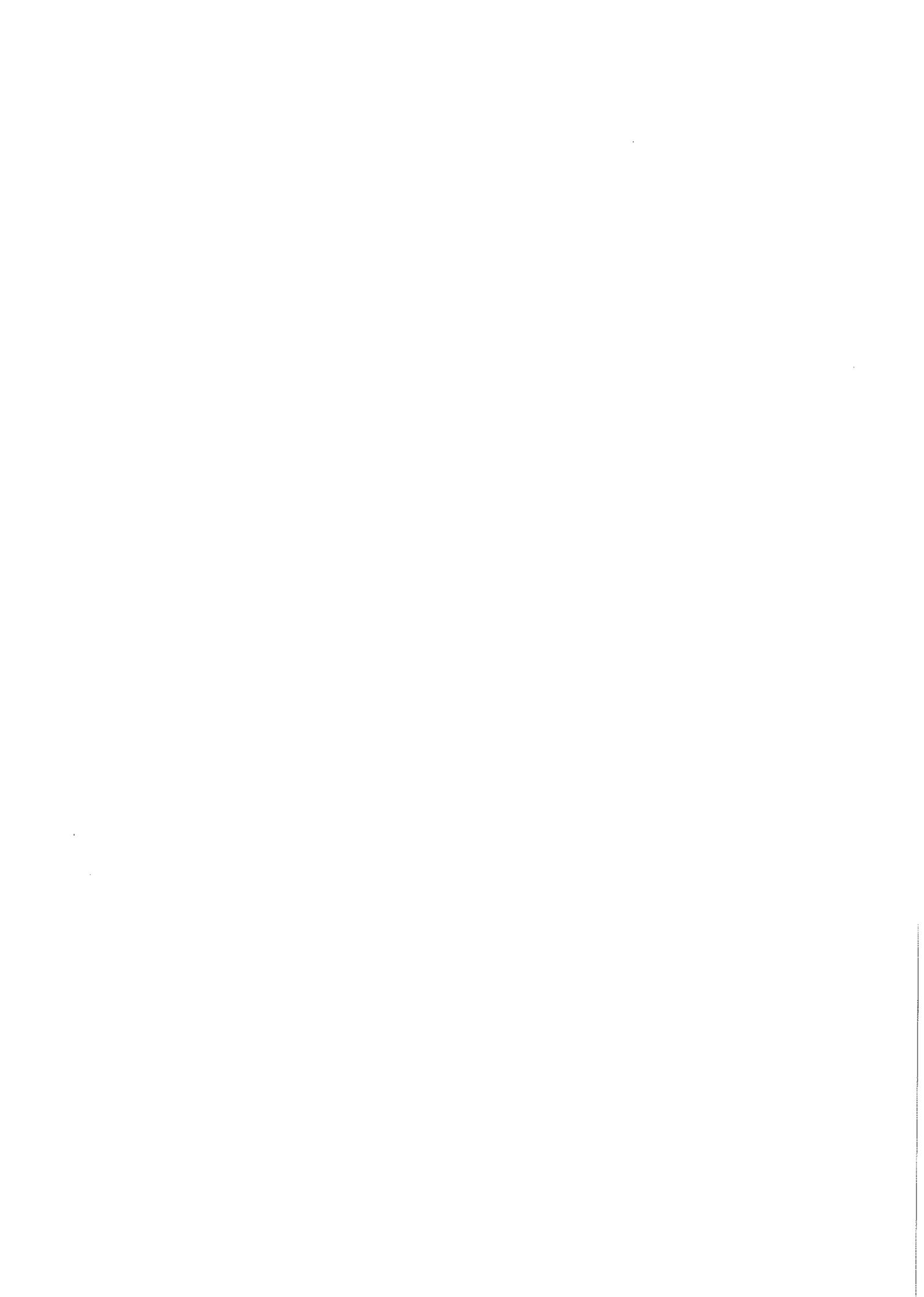
Exemple :

- si vous recevez votre avis le 16 octobre, vous avez jusqu'au 5 novembre pour résilier
- si vous recevez votre avis le 3 novembre, vous avez jusqu'au 23 novembre pour résilier

Attention : le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

## 2<sup>ème</sup> cas : votre assureur ne vous donne aucune information

Lorsqu'aucune information ne vous a été adressée, vous pouvez mettre un terme à votre contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction en envoyant une lettre recommandée à votre assureur. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. Si vous avez déjà payé une somme, l'assureur a l'obligation de vous rembourser dans un délai de 30 jours suivant la résiliation.





## BULLETIN D'ADHESION COMPLEMENTAIRE SANTE

REF/ADBIA/CDG54/854

Le présent document est à remettre dûment complété et signé à ma collectivité (Secrétaire de Mairie, DRH...)

Nom de l'Employeur : \_\_\_\_\_

### ADHERENT(E) (Joindre pièces n° 1, 2, 3 & la pièce n° 6 pour les retraités) – Voir au verso

<p>Nom _____</p> <p>Nom de jeune fille _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>CP           - Ville _____</p> <p>Date de naissance (JJ/MM/AA)             _____</p> <p>N°S.S   _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Email personnel _____</p>	<p><b>Vous êtes</b></p> <p><input type="checkbox"/> ACTIF</p> <p><input type="checkbox"/> RETRAITE</p> <p><input type="checkbox"/> AGENT INTERCOMMUNAL (multi-employeurs)</p> <p>Précisez le nom de la collectivité en charge du prélèvement de la cotisation sur salaire : _____</p>
<p>Vous bénéficiez automatiquement de la télétransmission sauf si vous refusez, en cochant la case ci-après <input type="checkbox"/> NON</p>	<p><b>Option retenue</b></p> <p><input type="checkbox"/> FORMULE 1 « ESSENTIELLE »</p> <p><input type="checkbox"/> FORMULE 2 « RENFORCEE »</p> <p><input type="checkbox"/> FORMULE 3 « SUPERIEURE »</p>
<p>Date d'effet des garanties : 01             _____</p>	
<p>Vous êtes adhérent à une offre individuelle Intériale <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI – Indiquez le numéro.....</p>	

*Si vous souhaitez affilier votre conjoint et/ou vos enfants, veuillez remplir les tableaux correspondants*

### CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) ou PACSE- tel (le) que défini(e) au contrat (Joindre pièces n° 1 & 3)

Nom Marital	Nom jeune fille	Prénom	Numéro Sécurité Sociale de rattachement	Date de naissance
_____	_____	_____		

Vous relevez du Régime Sécurité Sociale ci-après :  Régime Général  Régime Local (ou Alsace-Moselle)

Mon conjoint ou concubin est couvert par sa propre mutuelle: oui  non

*Si oui, les ayants droit couverts par leur propre mutuelle ne peuvent bénéficier de la télétransmission et de la carte tiers payant.*

### ENFANT(S) A CHARGE tel(s) que défini(s) au contrat (Joindre pièces n° 1 et n° 5)

Nom	Prénom	Numéro Sécurité Sociale de rattachement	Date de naissance	Couvert par une autre mutuelle*
_____	_____			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	_____			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	_____			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	_____			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	_____			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	_____			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	_____			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

\* Si oui, les ayants droit couverts par leur propre mutuelle ne peuvent bénéficier de la télétransmission et de la carte tiers payant.

### **PIECES A JOINDRE POUR LE TITULAIRE DU CONTRAT**

1. Copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide
2. Photocopie de l'attestation Sécurité Sociale de chaque bénéficiaire
3. Un relevé d'identité bancaire IBAN-RIB
4. Un justificatif de domicile pour les personnes liées par un PACS ou en concubinage
5. Justificatif pour les enfants de plus de 18 ans (étudiant, pôle emploi, ...)
6. Mandat SEPA pour les retraités

#### **NOEMIE :**

Cette procédure concerne uniquement les personnes affiliées au régime général ainsi que celles affiliées à certaines caisses de la Mutualité Sociale Agricole ou caisses du régime des Etudiants. Les ayants droit couverts par leur propre mutuelle ne peuvent pas en bénéficier. GRAS SAVOYE BERGER SIMON, gestionnaire délégué, sera informé par télétransmission du détail de vos décomptes de remboursement effectués par la Sécurité Sociale. Un message apparaîtra sur les décomptes transmis par votre Caisse d'Assurance Maladie. En cas de changement d'adresse ou de situation familiale, il est impératif d'adresser à GRAS SAVOYE BERGER SIMON le plus rapidement possible une photocopie de la nouvelle attestation VITALE (attestation Sécurité Sociale).

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par l'Union et la Mutuelle dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de l'union et de la mutuelle conformément à leur objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle ou l'union, dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations les concernant. Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier au siège social de la mutuelle ou de l'Union, à l'attention de la direction juridique.

#### **Faculté de renonciation à l'adhésion :**

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle (Intérieure), je dispose d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à Gras Savoye / Intérieure - BP 80162 - 57005 Metz Cedex 01

Exemple de lettre de renonciation :

« Je, soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhésion) au contrat collectif à adhésion facultative conclu auprès de la Mutuelle Intérieure.

Faite à \_\_\_ le \_\_\_ . »

***Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués et j'atteste avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations***

**CACHET DE L'EMPLOYEUR**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) qui reconnaît donner son accord pour le précompte de la cotisation sur son salaire

Considérant que la participation financière de l'employeur incite, facilite et renforce la couverture complémentaire « Santé »,

Considérant que le contenu de l'offre négociée par le Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle présentée lors de réunions d'informations du 7, 9 et 14 octobre 2015 correspond aux attentes de la collectivité,

Considérant que cette proposition permet l'instauration simple et juridiquement fiable d'une participation financière de la collectivité couplée à un contenu contractuel de qualité au meilleur tarif,

Sur proposition de Monsieur le Président et vu son rapport,

Après avis favorable du Bureau du Pôle, le comité du Pôle, après en avoir délibéré, à l'unanimité :

- **DECIDE** d'adhérer à la convention de participation pour le risque « Santé » organisée par le centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle pour une durée de 6 ans à compter du 1er janvier 2016.
- **DE FIXER** à 5 € (cinq euros) par agent et par mois la participation financière de la collectivité au risque « Santé » susmentionné. Cette participation pourra être versée directement à chaque agent et viendra en déduction de la cotisation versée à l'opérateur.
- **AUTORISE** le Président à signer l'adhésion à la convention de participation conclue par le Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle avec les opérateurs sélectionnés et tout document s'y rapportant.

Date d'affichage :

14 DEC. 2015

Acte rendu exécutoire  
après dépôt en  
Préfecture le :

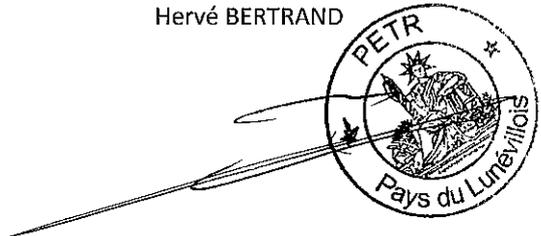
Ainsi délibéré les jours, mois et an que dessus.

Pour extrait certifié conforme.

Fait à Reillon

Le Président

Hervé BERTRAND



SOUS PREFECTURE  
DE LUNEVILLE

11 DEC. 2015

COURRIER ARRIVÉE