

MNFCT – Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, adhérente de la Mutualité Française,
SIREN 784 442 899 – 3, rue Franklin - CS 30036 - 93108 MONTREUIL Cedex
Substituée par APIVIA MUTUELLE – Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, adhérente de la Mutualité Française, SIREN 775 709 710 –
45-49, avenue Jean Moulin CS 60000 - 17034 LA ROCHELLE Cedex 1

AVENANT À L'ANNEXE AUX CONDITIONS GÉNÉRALES, RELATIVE AU CONTRAT MIS EN PLACE PAR LE CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'HÉRAULT

PRÉAMBULE

Le présent Avenant à l'Annexe vient compléter les termes des Conditions Générales du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault, au profit des collectivités et établissements de son ressort, et de leurs agents, auprès de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, dont le siège social est situé 3 rue Franklin CS 30036 93108 Montreuil, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 442 899.

PRÉAMBULE SUR LA SUBSTITUTION

« En application de l'article L.211-5 du Code de la Mutualité, APIVIA Mutuelle, mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité (SIREN 775 709 710), ayant son siège 45-49 avenue Jean Moulin CS 60000 - 17034 La Rochelle Cedex 1, se substitue intégralement à Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFCT) pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la MNFCT et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches d'assurance 1 et 2 tels qu'ils sont définis dans les règlements mutualistes de la MNFCT et s'il y a lieu dans les contrats collectifs.

APIVIA Mutuelle donne à la MNFCT sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges de la substituée, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément d'APIVIA Mutuelle lui était retiré ou était déclaré caduc pour les branches 1 et 2 les garanties seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou membre participant qui a acquitté la cotisation. »

OBJET ET PRISE D'EFFET DE L'AVENANT

- Application des dispositions relatives au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires
- Prise d'effet du présent avenant :
 - o 1^{er} janvier 2020 : équipements optiques et certaines prothèses dentaires
 - o 1^{er} janvier 2021 : autres prothèses dentaires et audiologie

PIÈCES CONSTITUTIVES

Le contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, par ordre d'application préférentielle :

- La Convention de Participation Complémentaire Santé,
- Les conditions générales de la MNFCT et la présente annexe.

AYANTS DROIT

Par dérogation à l'article 5 des présentes conditions générales, sont considérés comme ayants droit du Membre Participant :

- Conjoint :

- La personne mariée non séparée OU,
- La personne liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conclu au titre des articles L 515-1 et suivants du Code Civil OU,
- Le concubin déclaré ou notoire.

- Enfants :

Les enfants de l'Assuré, légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux du conjoint de l'agent, à condition que l'agent ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants de l'agent, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire. Les enfants ainsi définis doivent être :

- Agés de moins de 18 ans,
- Agés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle,
- Agés de plus de 21 ans et de moins de 28 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle et permanente, et :
 - S'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants. En outre, pour les seules garanties santé sont considérés comme affiliables les enfants s'ils poursuivent leurs études à l'étranger dans un établissement qui, par assimilation au régime français leur auraient permis d'en bénéficier OU,
 - S'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi OU,
 - S'ils sont sous contrat d'apprentissage,
 - Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 21^{ème} anniversaire,
 - Sont également considérés comme à charge au sens du Code de la Sécurité Sociale : les enfants de moins de 28 ans (jusqu'à la fin de l'année civile de la 28^{ème} année) qui, par suite d'infirmité ou de maladie, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80%, reconnue au sens du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Sont également considérées comme à charge les personnes vivant sous le toit de l'assuré, titulaires de la carte d'invalidité prévue au Code de l'Action Sociale et des Familles et, ce, conformément à l'article 196 A bis du Code Général des Impôts, dans la mesure où ces personnes ne remplissent pas les conditions pour être considérées comme « enfants à charge ».

TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	Niveau de garanties		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3

Remboursements du Régime Obligatoire ET de l'Organisme Assureur, en % de la Base de Remboursement (BR) ou du Ticket Modérateur (TM), ou forfaits complémentaires aux remboursements du Régime Obligatoire (équipement optique), ou forfaits sans intervention du Régime Obligatoire

OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgien Obstétricien

SOINS COURANTS

⁽¹⁾ Pour les consultations de médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, les dépassements d'honoraires sont limités à 100 % BR et doivent aussi être inférieurs d'au moins 20 % à la prise en charge des médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO

Consultations et Visites de Généralistes ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations et Visites / Actes de Spécialistes ⁽¹⁾	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Imagerie médicale / Radiologie	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Biologie / Analyses médicales	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Ostéodensitométrie remboursées par l'Assurance Maladie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux (Infirmier, Kinésithérapeute, Masseur, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure, Podologue, ...)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Petites interventions chirurgicales (hors hospitalisation)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Pharmacie	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Transport	100 % TM	100 % TM	100 % TM

HOSPITALISATION, y compris à domicile, médecins conventionnés ou non

⁽²⁾ Pour les consultations de médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, les dépassements d'honoraires sont limités à 100 % BR et doivent aussi être inférieurs d'au moins 20 % à la prise en charge des médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO

Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires chirurgicaux ou médicaux ⁽²⁾	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Chambre particulière (Forfait limité à 45 jours par an dans le cadre d'une hospitalisation spécialisée, placement particulier : maison de repos, psychiatrie)	30 € / jour	50 € / jour	70 € / jour
Frais d'accompagnement (Enfant de moins de 16 ans ou enfant handicapé et adulte de plus de 70 ans, limité à 30 jours / an)	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour

OPTIQUE ⁽³⁾

Équipement : monture (forfait limité à 100 €) + verres

Périodicité : Prise en charge d'un équipement par période de 2 ans sauf chez les - 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 paire / an)

Équipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif dès le 01/01/2020)

Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
a) Équipement à verres simples	100 % BR + 150 €	100 % BR + 250 €	100 % BR + 350 €
b) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €
c) Équipement à verres complexes	100 % BR + 250 €	100 % BR + 375 €	100 % BR + 475 €
d) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	100 % BR + 220 €	100 % BR + 320 €	100 % BR + 420 €
e) Équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	100 % BR + 275 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 525 €
f) Équipement à verres très complexes	100 % BR + 275 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 525 €
Lentilles remboursées par l'Assurance Maladie ou non, y compris jetables	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €
Chirurgie réfractive de l'œil, laser, kératotomie	100 € / œil	200 € / œil	300 € / œil

DENTAIRE

⁽⁴⁾ Pour les consultations de médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, les dépassements d'honoraires sont limités à 100 % BR et doivent aussi être inférieurs d'au moins 20 % à la prise en charge des médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO

Soins conservatoires et chirurgicaux, stomatologie ⁽⁴⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses dentaires :			
. Panier de soins 100 % Santé (0 reste à charge)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
. Panier de soins aux tarifs maîtrisés	150 % BR	275 % BR	400 % BR
. Panier de soins aux tarifs libres	150 % BR	275 % BR	400 % BR
Prothèses non remboursées par l'Assurance Maladie (par bénéficiaire et par dent)	150 % BR	275 % BR	400 % BR
Orthodontie	150 % BR	275 % BR	400 % BR
Parodontologie (par bénéficiaire et par an)	100 €	150 €	200 €
Implantologie (limité à 2 implants par bénéficiaire et par an)	230 €	300 €	370 €
Plafond dentaire annuel pris en charge pour les 1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion par bénéficiaire (Applicable uniquement sur les dépassements d'honoraires)	1 000 € / an	1 500 € / an	2 000 € / an
Plafond dentaire annuel pris en charge à partir de la 3 ^{ème} année (Applicable uniquement sur les dépassements d'honoraires)	1 500 € / an	2 000 € / an	3 000 € / an

GARANTIES	Niveau de garanties		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3

Remboursements du Régime Obligatoire ET de l'Organisme Assureur, en % de la Base de Remboursement (BR) ou du Ticket Modérateur (TM), ou forfaits complémentaires aux remboursements du Régime Obligatoire (équipement optique), ou forfaits sans intervention du Régime Obligatoire

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif au 01/01/2021)

Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Prothèses auditives (par appareil)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 250 €	100 % BR + 400 €

AUTRES PRESTATIONS

Cures thermales remboursées par l'Assurance Maladie	100 % BR + 130 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 180 €
Prothèses, petit appareillage	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Prothèses orthopédiques, gros appareillage pris en charge	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Naturopathe, Nutritionniste, Ostéopathe, Psychomotricien, Sophrologue (par bénéficiaire)	60 € / an	90 € / an	120 € / an
Assistance ⁽⁵⁾	OUI	OUI	OUI
Actes de prévention ⁽⁶⁾	OUI	OUI	OUI

(3) OPTIQUE : DESCRIPTIF DES ÉQUIPEMENTS EN FONCTION DU TYPE DE VERRES

Équipement a comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	2 verres : Simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries Verre 1 : Simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
Équipement b comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	Verre 2 : Simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries OU Simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries OU Multifocal ou progressif
Équipement c comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	Verre 1 : Simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries Verre 2 : Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries OU Multifocal ou progressif dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
Équipement d comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	2 verres : Simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries OU Simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries OU Multifocaux ou progressifs
Équipement e comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	Verre 1 : Simple foyer dont la sphère zone de -6,00 ou +6,00 dioptries OU Simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries OU Multifocal ou progressif Verre 2 : Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries OU Multifocal ou progressif dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
Équipement f comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	2 verres : Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries OU Multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(5) ASSISTANCE : DES SERVICES DE QUALITÉ (Sous réserve des conditions de prise en charge décrites dans la Notice d'Information)

Je contacte les services Assistance au 0970 820 692 (appel non surtaxé)

Dès la souscription de mon contrat	Conseil social (aide & accompagnement en droits sociaux) / Informations juridiques (famille, santé, retraite, dépendance, ...)
En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation :	Aide-ménagère / Présence d'un proche / Services de proximité / Préparation du retour au domicile / ... :
. Les + famille	. Prise en charge des enfants - de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) / Prise en charge des ascendants / ...
. Les + maternité	. Aide-ménagère / Acquisition gestes 1 ^{er} enfant / Prise en charge des enfants - de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)
. Les + emploi	. Aide au retour à l'emploi / Bilan d'employabilité / Conseils 1 ^{er} emploi
Garanties liées aux retraités & aux seniors	Coaching conduite / Coach retraite
En cas d'événement traumatisant	Soutien psychologique
En cas de maladie redoutée	Enveloppes de services (aide-ménagère, livraison de courses, ...) / Téléassistance / Services travaux pour aménagement du domicile / ...
En cas de décès	Aide à la recherche d'un prestataire funéraire / Aide-ménagère / Présence d'un proche / ...
En cas de chirurgie ambulatoire	Aide-ménagère / Présence d'un proche / Services de proximité / ...
Garanties pour l'adhérent aidant	Téléassistance (téléalarme / intervention à domicile / ...)
Protection juridique "Recours médical"	En cas de litige ou de différend opposant l'adhérent ou l'un ses ayants droit à un tiers et résultant d'un accident médical

(6) ACTES DE PRÉVENTION (7 actes)

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de - de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %
Bilan du langage (enfant de - de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Dépistage Hépatite B	100 %	100 %	100 %
Dépistage trouble de l'audition (personne de + de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (personne de + de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Vaccins (sur liste)	100 %	100 %	100 %