

du Marais poitevin **Une autre vie s'invente ici**

Extrait du Registre des délibérations du Bureau du 26 novembre 2025

Date de publication : 27 novembre 2025	Délégués en exercice : 21
Date de convocation : 7 novembre 2025	Nombre de délégués présents ou <i>représentés</i> : 17 Votes : Pour : 17 - Contre : 0 - Abstention : 0

Le 26 novembre 2025, les membres du Bureau du Parc naturel régional du Marais poitevin, légalement convoqués, se sont réunis à Epannes (79), sous la présidence de M. Pascal DUFORESTEL, président.

Etaient présents ou *représentés* :

Au titre du Conseil régional Nouvelle-Aquitaine :

Pascal DUFORESTEL
Guillaume RIOU
Margarita SOLA

Au titre du Conseil régional Pays de la Loire :

Lydie BERNARD

Au titre du Conseil Départemental de la Charente-Maritime :

Valérie AMY-MOIE (pouvoir à Gilles GAY)
Gilles GAY

Au titre du Conseil Départemental des Deux-Sèvres :

Séverine VACHON

Au titre du Conseil Départemental de Vendée :

Arnaud CHARPENTIER
Stéphane GUILLOU

Au titre des communes de Charente-Maritime :

Didier TAUPIN (pouvoir à Catherine TROMAS)

Au titre des communes des Deux-Sèvres :

Catherine TROMAS
Elmano MARTINS

Au titre des communes de Vendée :

Bernard BORDET
Laurent HUGER (pouvoir à Bernard BORDET)

Au titre des EPCI de Charente-Maritime :

Jean-Pierre SERVANT

Au titre des EPCI des Deux-Sèvres :

Anne-Sophie GUICHET

Au titre des EPCI de Vendée :

Gilles BOUTEILLER

Etais également présent (voix consultative) :

Luc SERVANT, représentant des chambres d'agriculture

Adhésion à la convention de participation mutuelle santé du Centre de gestion de la Vienne

au 1^{er} janvier 2026 et participation financière mensuelle

Parc naturel régional du Marais poitevin • 2, rue de l'église • 79510 Coulon • Tél. 05 49 35 15 20
correspondance@parc-marais-poitevin.fr • pnr.parc-marais-poitevin.fr



**ADHESION A LA CONVENTION DE PARTICIPATION MUTUELLE SANTE DU
CENTRE DEPARTEMENTAL DE GESTION DE LA VIENNE AU 1^{ER} JANVIER 2026 - MNT
ET
PARTICIPATION FINANCIERE MENSUELLE**

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code des assurances ;

Vu le code général de la fonction publique et notamment ses articles L.827-1 et suivants ;

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 et les 4 arrêtés d'application du 8 novembre 2011 ;

Vu le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement ;

Vu l'Accord Collectif National du 11 juillet 2023 portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux ;

Vu l'avis du Comité Social Territorial sur l'attribution d'un mandat au Centre Départemental de Gestion de la Vienne ;

Vu la délibération du Bureau syndical du 15 avril 2025 donnant mandat au Centre Départemental de Gestion de la Vienne ;

Vu la délibération n°2025-012 du 14 mars 2025 du Centre de Gestion de la Vienne, autorisant le Président à lancer un appel public à concurrence pour son propre compte et celui de l'ensemble des structures de son périmètre qui lui auront donné mandat, afin de sélectionner un organisme d'assurance pour la conclusion d'une convention de participation à adhésion facultative pour une mutuelle santé à compter du 1^{er} janvier 2026 ;

Vu l'avis du Comité Social Territorial du Centre Départemental de Gestion de la Vienne du 24 juin 2025, retenant l'offre présentée par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) au titre de la convention de participation ;

Vu l'avis du Conseil d'Administration du Centre Départemental de Gestion de la Vienne du 27 juin 2025, retenant l'offre présentée par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) au titre de la convention de participation ;

Vu la convention de participation signée entre le Centre de Gestion de la Vienne et la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) ;

Vu l'avis du Comité Social Territorial du 4 novembre 2025 sur l'adhésion de la structure à la convention de participation Mutuelle santé du Centre Départemental de Gestion de la Vienne - MNT, et à la participation mensuelle au financement des garanties, au 1^{er} janvier 2026.

I. Contexte

La réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique territoriale, initiée par l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021, introduit pour les employeurs publics territoriaux une obligation de participation financière à la couverture Mutuelle Santé de leurs agents à compter du 1er janvier 2026, ainsi qu'un panier minimal de couverture prévu par l'article 911-7 du code de la sécurité sociale.

Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 puis, l'accord collectif national signé le 11 juillet 2023 par l'ensemble des associations représentatives d'employeurs territoriaux et des organisations syndicales représentatives de la fonction publique territoriale sont venus en préciser certaines modalités.

La mutuelle santé est un contrat ayant pour but de compléter, en totalité ou partiellement, les remboursements de la Sécurité sociale. Ces contrats permettent une prise en charge de tout ou partie des restes à charge en fonction du contrat choisi.

Le Centre de Gestion de la Vienne, conformément à l'article L 827.7 du Code Général de la Fonction Publique, et au décret 2022-581, a engagé une procédure pour le compte des communes et des établissements publics qui lui auront donné mandat, et pour son propre compte, afin d'être en mesure de proposer une offre performante et adaptée à compter du 1er janvier 2026.

A l'issue de cette procédure de consultation, le Centre Départemental de Gestion de la Vienne a souscrit une convention de participation pour la mutuelle santé auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) pour une durée de six ans, à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les collectivités territoriales et établissements publics peuvent donc désormais adhérer à la convention de participation par délibération de leur assemblée délibérante, après consultation du Comité Social Territorial.

II. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION AU 1^{ER} JANVIER 2026 - MNT

1/ Les prestations frais de santé sont les suivantes :

Le tableau ci-dessous présente les prestations Frais de santé retenues par le Souscripteur au bénéfice de ses Membres Participants et de leurs Bénéficiaires.

Les garanties sont proposées à l'ensemble des Assurés par la MNT et sont identiques pour tous les agents et retraités qui adhèrent au contrat collectif.

Soins courants		Niveau de garanties			
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	Prestations remboursées par l'Assurance maladie :	N1	N2	N3	N4
	Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés 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 adhérés 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 des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr				
Honoraires:					
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%	
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%	
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%	

AR Prefecture

079_257902205_20251126_2025BU1126RH2_DE
Reçus

Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sage-femmes)	100%	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	/	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	/	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif) :				
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes >120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : Acupuncture, chiropractie, diététique, étiopathie, hypnotherapie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, soins pédicures et podologues, réflexologie, psychothérapie, recours aux psychologues, psychomotriciens et aux reflexologues.	/	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	N4
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés 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 adhérés 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 des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO....). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation du patient actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti

AR Prefecture

079-257902205-20251126-2025BU1126RH2-DE
Reçu patient/urgence (FPU, article L160-13 CSS)

Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	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 €	50 €

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	N4

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	100 €	150 €	250 €	350 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	525 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	700 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	525 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	700 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	700 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette.	100 €	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	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	N4

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	100%	105%	130%
Traitements d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays-core) :				

Panier de soins 100% santé sans reste à charge (<u>Convention article L 162-9 CSS</u>)	Remboursement intégral			
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%

AR Prefecture

079-257902205-20251126-2025BU1126RH2-DE
Reçu le 27/11/2025

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	N4
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	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	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	N4
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%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (selon arrêté du 8 juin 2006)	100%	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	Oui	Oui	Oui	Oui

2/ Les tarifs au 1^{er} janvier 2026 (évolution annuelle selon conditions générales) :

La participation financière de la collectivité pour les agents en activité vient en déduction de ces montants.

Niveau 1**Niveau 2****Niveau 3****Niveau 4**

Les bénéficiaires adhèrent au même niveau de garantie que l'assuré principal.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	13,55 €	22,05 €	30,63 €	37,03 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	20,50 €	33,34 €	46,32 €	56,01 €
Adulte actif de 31 à 40 ans inclus	24,43 €	39,74 €	55,21 €	66,75 €
Adulte actif de 41 à 50 ans inclus	31,01 €	50,43 €	70,06 €	84,71 €
Adulte actif de 51 à 60 ans inclus	40,74 €	66,26 €	92,06 €	111,32 €
Adulte actif de plus de 61 ans inclus	53,59 €	87,17 €	121,10 €	146,43 €
Retraité	59,66 €	97,03 €	134,80 €	162,99 €

3/ Qui peut adhérer ? :

- Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès du Souscripteur ou mis à la disposition de celui-ci, et les agents détachés ou mis à la disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public, et leurs ayants-droits.
- Fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en retraite, et leurs ayants-droits.

4/ Les conditions d'adhésion sont les suivantes :

- Pas de limite d'âge à l'adhésion
- Pas de questionnaire médical à l'adhésion
- Versement des prestations directement sur le compte bancaire de l'assuré
- Prélèvement des cotisations sur le salaire de l'assuré principal
- Les bénéficiaires adhèrent tous au même niveau de garantie que l'assuré principal

5/ Le paiement des cotisations à la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)

Le paiement des cotisations est effectué par l'Employeur par précompte mensuel auprès des Assurés. Dans ce cas, l'Employeur est le seul responsable du paiement à l'Assureur de la totalité des cotisations prélevées sur les feuilles de paie des Assurés.

La périodicité des paiements de la cotisation est mensuelle.

Le défaut de paiement des cotisations est régi par la réglementation sur les assurances.

Conformément au décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement, l'employeur est tenu de verser une participation financière minimale fixée par ledit décret à hauteur de 15 euros par mois et par agent, quelle que soit leur quotité de travail, à compter du 1^{er} janvier 2026.

En tout état de cause cette participation ne peut excéder le montant de la cotisation.

Cette participation financière sera versée aux bénéficiaires ayant adhéré au contrat attaché à la convention de participation portant sur la mutuelle santé - MNT. Cette participation sera versée à compter du 1^{er} janvier 2026.

Vu l'exposé de l'autorité territoriale,

Décision

Après en avoir délibéré, les membres du Bureau décident :

- d'adhérer à la convention de participation pour la mutuelle santé conclue entre le Centre Départemental de Gestion de la Vienne et la Mutuelle Nationale Territoriale, à compter du 1^{er} janvier 2026, pour une durée de 6 ans,
- d'accorder sa participation financière aux bénéficiaires, à hauteur de :

Dans un but d'intérêt social, une modulation de la participation employeur prenant en compte :

- le revenu,

est fixé comme suit :

Niveau revenus	Montant participation employeur
Salaire brut supérieur à 2.800€ /mois	15€
Salaire brut inférieur ou égal à 2.800€/mois	20€

- d'autoriser le Président à signer l'ensemble des actes et décisions nécessaires à l'exécution de la présente délibération.
- d'inscrire les crédits nécessaires aux budgets des exercices correspondants.

Fait et délibéré les jour, mois et an que dessus

