

Santé ■ Prévoyance ■ Mutuelle



Mutame
& PLUS

CONVENTION DE PARTICIPATION

Mutame Santé Territorial Centre de gestion
de la Fonction Publique Territoriale du
Territoire de Belfort (CDG90)

**Convention de participation à la protection sociale complémentaire souscrite
par le CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DU TERRITOIRE DE
BELFORT.**



CENTRE DE GESTION DE LA
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Territoire de Belfort 90

**MUTAME & PLUS – 4 rue Emile Enault – 50000 Saint-Lô
02.33.05.29.20 – contact@mutame-plus.fr
www.mutame-plus.fr**

Mutuelle régie et soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée au
répertoire SIRENE sous le n° SIREN 780 915 898



Sommaire

CHAPITRE I. PRÉAMBULE	2
ARTICLE 1. LES PARTIES	2
ARTICLE 2. OBJET DE LA CONVENTION	2
ARTICLE 3. EFFET ET DURÉE	2
ARTICLE 4. BÉNÉFICIAIRES	3
ARTICLE 5. DOCUMENTS CONTRACTUELS	3
CHAPITRE II. GARANTIES ET TARIFICATION	3
ARTICLE 6. NATURE DES GARANTIES	3
ARTICLE 7. TARIFICATION	3
ARTICLE 8. MAINTIEN DES COTISATIONS	4
ARTICLE 9. EVOLUTION DE LA TARIFICATION	4
CHAPITRE III. OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR	5
ARTICLE 10. OBLIGATION GÉNÉRALE D'INFORMATION	5
CHAPITRE IV. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	5
ARTICLE 11. OBLIGATION GÉNÉRALE D'EXÉCUTION	5
ARTICLE 12. OBLIGATION D'INFORMATION	5
ARTICLE 13. RESPECT DES PRINCIPES DE SOLIDARITÉ	5
ARTICLE 14. INFORMATIONS COMMUNIQUÉES AU COURS DE LA CONVENTION	6
CHAPITRE V. OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS	6
ARTICLE 15. OBLIGATION GÉNÉRALE D'INFORMATION	6
ARTICLE 16. PARTICIPATION FINANCIÈRE ET PAIEMENT DE COTISATIONS	6
ARTICLE 17. NOTICE D'INFORMATION	6
ARTICLE 18. PAIEMENT DES COTISATIONS	6
ARTICLE 19. DÉFAUT OU RETARD DE PAIEMENT DES COTISATIONS	6
CHAPITRE VI. PILOTAGE DE LA CONVENTION	7
ARTICLE 20. COMITÉ DE SUIVI	7
CHAPITRE VII. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
ARTICLE 21. MODIFICATION DE LA CONVENTION	7
ARTICLE 22. RÉSILIATION DU CONTRAT PAR L'EMPLOYEUR	7
ARTICLE 23. RÉSILIATION DE LA CONVENTION PAR LE SOUSCRIPTEUR	7
ARTICLE 24. LOI APPLICABLE	7
ARTICLE 25. LITIGES - CONTENTIEUX	7

CHAPITRE I. PRÉAMBULE

ARTICLE 1. LES PARTIES

Les parties à la convention de participation sont :

En tant que signataires à la présente convention :

La Mutuelle.

Mutame & Plus, 4 rue Emile Enault 50000 SAINT-LÔ

Mutuelle régie et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 780 915 898

Représentée par Monsieur Claude TAJAN, Président dûment habilité par le Conseil d'administration à signer les actes et engagements pris en qualité d'assureur mutualiste,

Le Souscripteur/ Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale

Le Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale du Territoire de Belfort, 21 Boulevard Anatole France CS 40322 – 90006 BELFORT Cedex

Représenté par Monsieur Romuald ROICOMTE, en sa qualité de Président

Et agissant pour le compte des collectivités et établissements publics adhérents à la convention de participation.

Les Employeurs / L'Employeur :

Les collectivités territoriales et établissements publics ayant qualité pour adhérer au contrat collectif à adhésion facultative au bénéfice de leurs agents et de leurs ayants droit.

Les collectivités territoriales et établissements publics n'ayant pas mandaté le Centre de gestion lors de la procédure initiale peuvent néanmoins adhérer à la présente convention de participation à tout moment pendant sa durée de six (6) ans, dans les conditions du contrat collectif et selon les modalités définies par le Centre de gestion.

ARTICLE 2. OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention est un document de subventionnement qui règle les relations financières entre le Souscripteur, les Employeurs et la Mutuelle au titre de la mise en place du dispositif de protection sociale complémentaire applicable aux risques santé prévu, notamment, par la réglementation :

- Aux articles L827-1 à L827-12 du code général de la fonction publique,
- Au 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 ses arrêtés,
- À l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 et 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.

Le Centre de gestion a lancé une procédure de mise en concurrence en vue de la signature d'une convention de participation pour la mise en œuvre de garanties de protection sociale complémentaire au titre du risque « frais de santé » au profit de ses agents et des agents des collectivités adhérentes (actifs et retraités), au titre d'un contrat collectif à adhésion facultative et ce, conformément aux dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés ; l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 et ses décrets.

Au terme de la procédure de mise en concurrence susvisée, le Centre de gestion a sélectionné, par délibération en date du 19 septembre 2025 la proposition de Mutame & Plus « Mutame Santé Territorial – Centre de gestion du Territoire de Belfort – MSTCDG90 ».

La présente convention de participation est conclue au titre du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le Centre de gestion auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 3. EFFET ET DURÉE

La convention prend effet au 1 janvier 2026.

Elle est conclue pour une période de six (6) ans, et peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un (1) an.

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues aux présentes.

ARTICLE 4. BÉNÉFICIAIRES

Peuvent adhérer au contrat collectif à adhésion facultative « MSTCDG90 », selon les conditions et modalités définies dans ledit contrat pour le Centre de gestion et les Employeurs :

- Le personnel dans l'effectif des Employeurs adhérents à la présente convention et au contrat collectif d'assurance, et bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et d'agents contractuels de droit public ou de droit privé,
- Les retraités anciens agents dans l'effectif des Employeurs,
- Leurs ayants droit.

L'adhésion est individuelle et facultative.

Seuls les agents actifs adhérant au contrat collectif peuvent bénéficier de la participation financière de leur collectivité.

Les modalités de fonctionnement reposent sur les principes mutualistes de solidarité, impliquant notamment :

- L'absence de sélection médicale : la Mutuelle assure la protection de chacun quel que soit son état de santé présent ou futur. Aucune information médicale ne peut être recueillie par la Mutuelle.
- L'accompagnement des familles mutualistes en difficultés : être à l'écoute et venir en aide grâce aux dispositifs de solidarité mis en place à cet effet.

Les règles définies par la Mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes qui pourrait être affectés par des comportements individuels opportunistes. Or tous les adhérents, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Ils ont donc des droits mais aussi des devoirs.

La Mutuelle attend de chaque mutualiste une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

Les adhérents ont la qualité de membres participants, conformément aux statuts de la Mutuelle.

Les conditions générales et la notice d'information du contrat « MSTCDG90 », précisent les conditions de maintien de la couverture santé en cas de suspension ou de rupture du lien d'emploi.

ARTICLE 5. DOCUMENTS CONTRACTUELS

La convention de participation et le contrat collectif à adhésion facultative sont régis par les documents contractuels signés avec le Souscripteur et la Mutuelle, à savoir, par ordre d'application préférentielle :

1. L'acte d'engagement ;
2. Le cahier des clauses administratives particulières (CCAP) et ses annexes ;
3. Le document « caractéristiques attendues du contrat » (CAC), ses annexes ;
4. Le mémoire de gestion ;
5. La présente convention de participation ;
6. Les conditions générales ;
7. La notice d'information.

CHAPITRE II. GARANTIES ET TARIFICATION

ARTICLE 6. NATURE DES GARANTIES

Les garanties portent sur le risque de santé et sont présentées dans le tableau de garanties disponible au document contractuel « Caractéristiques Attendues Du Contrat ».

Trois niveaux de garanties sont proposés : Base, niveau 1 et niveau 2.

Ces garanties respectent les principes de solidarité fixés aux chapitres I et II du Titre IV du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et sont complémentaires à la protection sociale de base des agents visés à l'Article 4 ci-dessus.

Ce contrat est régi par les dispositions du code de la Sécurité sociale et du code de la Mutualité.

ARTICLE 7. TARIFICATION

La Mutuelle s'engage à respecter les tarifs proposés et les tranches d'âge, au-delà desquelles ils ne peuvent évoluer, pendant la durée de la convention, en dehors des mécanismes de révision prévus.

Les cotisations, exprimées en montant mensuel en euros, ont été validées par le Souscripteur lors de la négociation du 5 septembre 2025.

Elles sont établies en fonction des garanties proposées, compte tenu de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de conclusion ; en cas d'évolution de ces textes, les parties conviennent de réviser sans délai tout ou partie des garanties et cotisations. Jusqu'à l'effet du nouveau contrat ou de l'avenant, les garanties demeurent acquises selon le contrat en cours.

Tarification validée par le Souscripteur au 1^{er} janvier 2026

Régime général

Tranche d'âge	Base	Niveau 1	Niveau 2
ENFANT	27,86 €	30,86 €	36,83 €
ACTIF moins de 30 ans inclus	39,80 €	44,28 €	53,23 €
ACTIF de plus de 30 à 40 ans inclus	49,75 €	55,19 €	66,06 €
ACTIF de plus de 40 à 50 ans inclus	58,53 €	64,93 €	77,72 €
ACTIF de plus de 50 à 60 ans inclus	67,89 €	75,57 €	90,92 €
ACTIF de plus de 60 ans	81,94 €	90,90 €	108,80 €
Retraité	90,72 €	100,32 €	119,50 €

Régime Alsace-Moselle

Tranche d'âge	Base	Niveau 1	Niveau 2
ENFANT	20,90 €	23,14 €	27,62 €
ACTIF moins de 30 ans inclus	29,85 €	33,21 €	39,93 €
ACTIF de plus de 30 à 40 ans inclus	37,31 €	41,39 €	49,54 €
ACTIF de plus de 40 à 50 ans inclus	43,90 €	48,70 €	58,30 €
ACTIF de plus de 50 à 60 ans inclus	50,92 €	56,68 €	68,19 €
ACTIF de plus de 60 ans	61,46 €	68,18 €	81,61 €
Retraité	68,04 €	75,24 €	89,63 €

ARTICLE 8. MAINTIEN DES COTISATIONS

La Mutuelle s'engage à maintenir les montants de cotisations au titre des années 2026 et 2027.

ARTICLE 9. EVOLUTION DE LA TARIFICATION

9.1 Évolution annuelle à partir de la 3^{ème} année

À partir de 2028, l'indexation des cotisations se fait automatiquement sur l'évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) de l'exercice N-1.

9.2 Évolution exceptionnelle

Conformément à l'article 20 du décret n° 2011-1474, le dépassement des limites tarifaires prévues au titre de l'indexation annuelle n'est possible que dans les cas suivants et si le changement revêt un caractère significatif : aggravation de la sinistralité ; variation du nombre d'agents adhérents ; évolutions démographiques ; modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

Constatée par l'Assureur sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- D'un compte de résultat technique, calculé par différence entre les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la Sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision et les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions et les frais de gestion.

Les cotisations peuvent alors être majorées, hors indexation PMSS de l'année N-1, dans les bornes ci-après, appréciées sur le ratio cumulé net de frais de gestion depuis l'effet du contrat des prestations arrêtées en date de paiement sur les cotisations hors taxes (P/C) :

Périodes	Ratio P/C(HT) net de frais de gestion	Taux de majoration hors évolution annuelle contractuelle
Années 3 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	5 %
	P/C < 120%	7 %
	P/C < 130%	8 %
	P/C > 130%	10%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Cas des modifications de la réglementation :

Par application de l'article L 112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par la Mutuelle visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. La Mutuelle informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente (30) jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente (30) jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Assurés par le Souscripteur.

Cadre procédural :

Lorsqu'elle souhaite modifier les cotisations à l'échéance annuelle pour les motifs précités, la Mutuelle adresse sa demande motivée au Souscripteur avant le 30 juin, en y joignant une étude documentée et les nouveaux taux envisagés par garantie. Le Souscripteur dispose de 90 jours pour notifier sa décision.

- **Accord** : les nouveaux tarifs et leur évolution font l'objet d'un avenant. La Mutuelle informe les adhérents de toute majoration dépassant les limites ; l'adhérent dispose de 30 jours pour résilier. À défaut de demande avant le 31 octobre, il est réputé avoir accepté.
- **Désaccord** : le Souscripteur peut mettre fin à la convention au 31 décembre, moyennant un préavis de 2 mois par LRAR. Le terme entraîne, de plein droit et à la même date, la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative ; le Souscripteur et les Employeurs en informent les agents.

Une rencontre annuelle présente les éléments financiers afin de piloter les évolutions avec l'objectif d'équilibre au terme de la convention.

CHAPITRE III. OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR**ARTICLE 10. OBLIGATION GÉNÉRALE D'INFORMATION**

Le Souscripteur fournit à la Mutuelle les éléments nécessaires à l'appréciation du risque, notamment les caractéristiques sociodémographiques de la population.

À la souscription de ladite convention, il transmet la liste des collectivités susceptibles d'adhérer (contact principal, adresse postale, téléphone, e-mail, SIRET, effectif).

Pendant la durée de la convention, il s'engage à :

- faciliter l'information des Employeurs pour permettre leur adhésion, dans le cadre du plan de développement de la Mutuelle ;
- informer les Employeurs de la signature, des caractéristiques du contrat collectif et de ses modalités d'adhésion ;
- leur communiquer la notice d'information du contrat collectif d'assurance santé.

CHAPITRE IV. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE**ARTICLE 11. OBLIGATION GÉNÉRALE D'EXÉCUTION**

La Mutuelle délivre aux bénéficiaires les garanties et services conformément aux conditions tarifaires du contrat collectif santé, pendant toute la durée de la convention.

ARTICLE 12. OBLIGATION D'INFORMATION

La Mutuelle remet :

- un bulletin d'adhésion indiquant clairement les bénéficiaires, les garanties et options, le montant de la cotisation annuelle, les modalités de paiement et de fractionnement, la date d'effet, la durée, les conditions de rétractation et de résiliation ;
- la notice d'information du contrat collectif.

ARTICLE 13. RESPECT DES PRINCIPES DE SOLIDARITÉ

La Mutuelle applique :

- Les dispositions prévues aux articles 27 à 31 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011,
- Les dispositions de l'arrêté COTB1118917A du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

ARTICLE 14. INFORMATIONS COMMUNIQUÉES AU COURS DE LA CONVENTION

Chaque année, la Mutuelle communique au Souscripteur les informations et données de suivi du contrat collectif.

Au terme de trois ans, puis à l'issue de la convention, elle produit un rapport retraçant les opérations réalisées, conforme à l'offre retenue et évalué selon les critères des 2° et 4° de l'article 18 du décret n° 2011-1474. À défaut de satisfaction de ces critères, le Souscripteur peut résilier la convention.

CHAPITRE V. OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS

ARTICLE 15. OBLIGATION GÉNÉRALE D'INFORMATION

L'Employeur doit fournir à la Mutuelle :

- à l'effet d'entrée : un état nominatif du personnel en activité souhaitant être assuré (nom, prénom, date de naissance, situation de famille, NIR, qualité d'ayant droit) ;
- mensuellement : les états d'entrées et de sorties joints au versement des cotisations, transmis au plus tard dans le mois suivant tout mouvement ;
- les nouvelles entrées (avec la date de prise de fonctions) ;
- toute sortie ou changement de catégorie professionnelle d'un adhérent dans les 30 jours de l'événement ;
- au plus tard le 31 janvier de chaque année : un état récapitulatif des personnels affiliés, incluant l'effectif assurable.

ARTICLE 16. PARTICIPATION FINANCIÈRE ET PAIEMENT DE COTISATIONS

Chaque Employeur verse, chaque mois et pendant la durée de la convention, une participation dans les conditions prévues au titre III du décret n° 2011-1474 et au décret n° 2022-581. Cette participation, aide à la personne, ne peut excéder le montant de la cotisation due en l'absence d'aide.

Conformément au décret n° 2022-581, à compter du 1er janvier 2026, la participation mensuelle, pour chaque agent, ne peut être inférieure à la moitié d'un montant de référence fixé à 30 €, soit un montant mensuel de 15 € brut / mois / agent.

Chaque Employeur communique à la Mutuelle la délibération fixant ce montant.

Selon l'Acte d'engagement, la participation employeur est versée a minima sur le niveau de Base. Après négociation, le Souscripteur offre la possibilité à l'Employeur de participer au Niveau 1 ou Niveau 2.

ARTICLE 17. NOTICE D'INFORMATION

La Mutuelle remet à l'Employeur la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités en cas de sinistre. Elle précise les cas de nullité, déchéance, exclusion ou limitation, ainsi que les délais de prescription.

L'Employeur doit remettre cette notice aux adhérents. Une copie est également disponible en permanence sur l'extranet de chaque adhérent.

En cas de modification des droits et obligations, une nouvelle notice est établie et remise aux affiliés. La preuve de la remise et de l'information des modifications incombe à l'Employeur.

ARTICLE 18. PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Employeur s'engage au précompte de la cotisation totale due par chaque agent adhérent et la reverse à la Mutuelle selon les modalités contractuelles.

En cas d'écart avec la cotisation prévue, un ajustement est opéré en début de mois suivant sur la base d'un état nominatif (entrées/sorties/mouvements).

La Déclaration sociale nominative (DSN) est utilisée pour vérifier les mouvements et les montants versés.

Pour les retraités, les cotisations sont prélevées directement par la Mutuelle sur le compte bancaire de l'Assuré.

ARTICLE 19. DÉFAUT OU RETARD DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le Centre de gestion n'est pas responsable du paiement des cotisations pour le compte des Employeurs ou des Adhérents ; il n'existe aucune solidarité entre Employeurs ni entre Adhérents.

Les conditions de suspension ou de résiliation figurent aux conditions générales.

La Mutuelle n'appliquera pas ces mesures si les retards sont exclusivement imputables aux procédures administratives de mandatement.

CHAPITRE VI. PILOTAGE DE LA CONVENTION**ARTICLE 20. COMITÉ DE SUIVI**

Chaque partie veille à la bonne mise en œuvre de la convention et à la facilitation des adhésions et de la gestion du contrat collectif.

Un comité de suivi est mis en place, composé de représentants du Souscripteur et de la Mutuelle.

Il se réunit au moins une fois par an, et au plus tard dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, pour prendre connaissance du rapport annuel de l'Assureur.

CHAPITRE VII. DISPOSITIONS GÉNÉRALES**ARTICLE 21. MODIFICATION DE LA CONVENTION**

La convention peut être modifiée par avenant signé par la Mutuelle et le Souscripteur. Elle est accompagnée du contrat collectif à adhésion facultative, qui définit les engagements de la Mutuelle à l'égard des bénéficiaires.

ARTICLE 22. RÉSILIATION DU CONTRAT PAR L'EMPLOYEUR

L'Employeur peut résilier son adhésion au contrat collectif à adhésion facultative moyennant un préavis de 4 mois avant l'échéance du 31 décembre, sauf en cas de fusion au sens du Code Général Des Collectivités Territoriales (CGCT) : la demande peut alors être adressée à tout moment et prend effet dans les 2 mois à compter du premier jour du mois suivant l'envoi d'une LRAR.

Les agents ne pourront plus bénéficier du contrat ; la collectivité en informe ses agents.

ARTICLE 23. RÉSILIATION DE LA CONVENTION PAR LE SOUSCRIPTIONNEUR

Par application de l'article 21 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, si le Souscripteur constate que la Mutuelle ne respecte pas les dispositions de ce décret et de la présente convention, il résilie la convention de participation et le contrat collectif d'assurance santé selon la procédure suivante :

- Le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle, lui notifiant sa volonté de résilier et lui indique qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix,
- Puis le Souscripteur recueille les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de la Mutuelle qui doivent être produites dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception,
- A la réception des observations, le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle, lui notifiant la résiliation de la convention de participation avec mention de la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 24. LOI APPLICABLE

La convention est soumise au droit français, à l'exclusion de tout autre.

ARTICLE 25. LITIGES - CONTENTIEUX

La présente convention constitue un contrat administratif. En cas de litige relatif à son interprétation ou à son application, les parties recherchent d'abord un règlement amiable. À défaut, le Tribunal Administratif territorialement compétent est celui dans le ressort duquel siège l'autorité ayant pris la décision attaquée.

Fait en 2 exemplaires originaux.

A.....
Le
Pour le Centre de gestion du Territoire de Belfort
Romuald ROICOMTE
Président

A Saint-Lô
Le 07/10/2025
Pour la Mutuelle
Claude TAJAN
Président

