

Membres	15
Présents	15
Représentés	0
Votants	15
Exprimés	15
- Pour	14
- Contre	0
- Abstention	1

REPUBLIQUE FRANCAISE
DEPARTEMENT DE LA CORREZE
COMMUNE D'EYREIN

DELIBERATION DU CONSEIL MUNICIPAL

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur

019-211908108-20260402-2026-21-DE

Accusé certifié exécutoire

Réception par le préfet : 07/04/2026

DELIBERATION N° 2026-21

Séance du 02 Avril 2026

Objet : Mise en œuvre de la participation employeur en matière de protection sociale complémentaire – risque SANTÉ – procédure de convention de participation proposée par le CDG 19

L'an deux mil vingt-six, le deux avril, à dix-huit heures trente,
Le Conseil Municipal de cette commune, convoqué en date du 23 mars 2026, s'est réuni au nombre prescrit par la loi, dans le lieu habituel de ses séances sous la présidence de Mme LE MIGNON Marie-Pierre,

Présents : Marie-Pierre LE MIGNON, Marie-Thérèse AGNOUX, Patrick HERMABESSIERE, Isabelle GRANCHER, Daniel SOULIER, Adeline DICHAMP, Gilles FIEYRE, Quentin FLEURY, Anne-Marie HASLOUIN, Mireille MAZEAU, Jérôme MONEGER, Patricia NOILHAC, Patrice RIVIERE, Matahiarii TEINAURI Jean-Marie SAINNEVILLE

Secrétaire de séance : Marie-Thérèse AGNOUX

La Maire rappelle aux membres du conseil que la réforme de la protection sociale complémentaire, instaurée par l'ordonnance n° 2021-175 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, redéfinit la participation de l'employeur au financement des garanties de la protection sociale complémentaire de ses agents. En effet, la participation de l'employeur devient obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2026 dans le domaine de la santé.

En vertu de l'article L827-7 du Code général de la fonction publique, les centres de gestion concluent des conventions de participation au titre de la protection sociale complémentaire pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics afin de couvrir les risques santé et prévoyance pour leurs agents.

La Maire rappelle que le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Corrèze a mené la consultation en vue de la conclusion d'une convention de participation couvrant le risque santé, conformément aux dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Elle précise qu'à la suite de cette mise en concurrence, la convention de participation a été attribuée à la Mutuelle Nationale Territoriale avec une date d'effet au 1^{er} janvier 2026 pour une durée de six ans.

La Maire indique qu'il revient maintenant aux membres du conseil de se prononcer sur l'adhésion à la convention de participation - risque santé dans le respect des dispositions du décret précité. Cette adhésion permettra aux agents de souscrire une couverture en santé et de bénéficier d'une participation de l'employeur, étant précisé que l'adhésion des agents est facultative.

Les garanties sont annexées à la présente délibération.

Enfin, le Conseil doit fixer le montant de la participation versée aux agents et se prononcer sur les modalités de son versement. Sur ce point, la participation peut être modulée dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et leur situation familiale.

Conformément au décret n° 2022-581 du 20 avril 2022, la participation de l'employeur ne peut être inférieure à 15 euros brut par mois et par agent. Par ailleurs, le montant de la participation ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

VU le Code général des collectivités territoriales ;

VU le Code général de la fonction publique ;

VU l'ordonnance n° 2021-175 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ;

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 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 la délibération n° 2025-04/012 en date du 11 avril 2025 du Conseil d'Administration du Centre de gestion de la Corrèze approuvant le lancement de la consultation dans le cadre de la convention de participation (volet santé) mutualisé avec deux autres Centres de Gestion ;

VU la délibération n° 2025-07/014 en date du 11 juillet 2025 du Conseil d'Administration du Centre de gestion de la Corrèze du portant mise en œuvre d'un contrat collectif pour la protection sociale complémentaire - santé ;

VU l'avis du Comité social territorial en date du 03/02/2026 ;

Considérant la nécessité de se conformer à l'obligation de participation de l'employeur public au financement de la protection sociale complémentaire, volet santé, à l'échéance donnée.

Considérant l'intérêt d'adhérer à la convention de participation proposée pour les agents.

Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide à 14 voix POUR et 1 ABSTENTION :

- **D'adhérer** à la convention de participation dans le cadre de la protection sociale complémentaire, domaine de la santé, portée par le Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Corrèze à compter du 02 avril 2026 ;
- **D'autoriser** la Maire à signer ladite convention ;
- **De fixer** le montant de la participation financière à 21 euros brut par mois pour les agents adhérents au contrat collectif issu de la convention de participation – volet santé, ce montant devant respecter le montant plancher de 15 euros bruts et ne pouvant excéder le montant de la cotisation ;
- **D'approuver** le versement mensuel de la participation financière fixée à compter du 02 avril 2026 aux agents adhérents au contrat santé issu de la convention de participation employés, quel que soit leur statut (fonctionnaires, stagiaires, agents contractuels (droit public ou droit privé)), et le prélèvement mensuel sur rémunération des cotisations pour les agents concernés ;
- **D'autoriser** la Maire à signer tous les documents utiles à l'adhésion à la convention de participation et à son exécution.
- **PRECISE** que les dépenses inhérentes à la mise en œuvre de la présente délibération seront imputées sur le budget de l'exercice correspondant.

Fait et délibéré les jour, mois et an que dessus.

La Maire,
Marie-Pierre LE MIGNON

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur

019-211908108-20260402-2026-21-DE

Accusé certifié exécutoire

Réception par le préfet : 07/04/2026



LES 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.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Soins courants (Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM) 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).				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
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 %
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 sages-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 %	100 %
Médicaments à service médical rendu faible	100 %	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)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pharmacie homéopathique (par an)	25 €	50 €	75 €	100 €
Automédication sans prescriptions médicales (par an)	25 €	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	50 €	100 €	150 €	200 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité (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, DPTAM,...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
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 €

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Optique. Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cettedernière 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 R871-2 du code de la Sécurité sociale).				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Équipement 100 % santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée, remboursement de l'équipement (limité à 100 € pour la monture)				
a)Équipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b)Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c)Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d)Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e)Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f)Équipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
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'oeil (par oeil)	/	200 €	300 €	400 €
Dentaire				
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 %
Traitement d'orthodontie	125 %	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	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
>Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125 %	200 %	300 %	400 %
>Panier de soins aux tarifs libres	125 %	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. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement 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				
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 (sur liste de l'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 €	250 €
Assistance	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti