

EXTRAIT du registre des DELIBERATIONS du CONSEIL MUNICIPAL

Séance ordinaire du 9 décembre 2025

L'an deux mille vingt-cinq et le 9 décembre à 18h30, le Conseil Municipal de la Commune de Montpeyroux, régulièrement convoqué, s'est réuni au nombre prescrit par la Loi, dans le lieu habituel de ses séances, sous la Présidence de Monsieur Claude CARCELLER, Maire.

Etaient présents : Mmes et MM Claude CARCELLER, Bernard JEREZ, Jeanine NONROY, Claude GOUJON, Catherine GIL, Norbert ALAÏMO, Marie-Claire FRYDER, Laure DESVARD, Christophe BOYER, Ludovic GAHLAC, Pauline LAINÉ-CURTAN, Virginie GUSTAVE Christian LIGONNIERE.

Etaient excusés :

Amélie D'HURLABORDE

Etaient absents :

Myriam DREYER

Ont donné procuration :

Amélie D'HURLABORDE donne procuration à Claude CARCELLER

Date de la convocation :

Secrétaire de séance : Christophe BOYER

En exercice	15
Présents	13
Votants	14
Pour	
Contre	
Abstention	

Objet : Délibération au Régime complémentaire de frais de santé à adhésion facultative au bénéfice de l'ensemble du personnel de COMMUNE DE MONTPEYROUX
DEL 20251209-33

Textes de référence

- Article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ;
- Code Général des Collectivités Territoriales ;
- Code général de la fonction publique, et notamment les articles L.452-11, L. 221-1 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-12 ;
- Code de la commande publique et notamment ses articles L.2113-6 à L.2113-8 ;
- Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Circulaire N°RDFB 1220789 C du 25 mai 2012 relative à la participation des collectivités territoriales et des établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Ordonnance 2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique ;
- Ordonnance 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ;
- Décret 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 ;
- Accord collectif national du 11 juillet 2023 portant réforme de la Protection Sociale Complémentaire dans la Fonction Publique Territoriale ;

Présentation du contexte

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 a introduit l'obligation, pour les employeurs publics territoriaux, à compter du 1^{er} janvier 2026, de participer au financement de garanties minimales destinées à couvrir les risques Frais de Santé de leurs agents.

Parallèlement, l'accord, signé le 11 juillet 2023, à l'issue d'un processus de négociation engagé au niveau national, apporte des précisions sur les futurs dispositifs de prévoyance et ouvre en parallèle des discussions sur les contours des futurs régimes de couverture du risque Santé. En effet, les parties ~~audit accord~~ s'engagent à un dispositif de revoyure qui a vocation à se substituer à celui prévu au II de l'article 8 du décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.

Accusé de réception préfecture
034212026368 du 20/12/2025
Date de télétransmission : 11/12/2025
Date de réception préfecture : 11/12/2025

Pour autant et à ce jour en matière de couverture des frais de Santé, la participation mensuelle minimale des employeurs territoriaux est fixée, à compter du 1^{er} janvier 2026, à 50 % d'un montant de référence fixé à 30€, soit une participation minimale à hauteur de 15€ par agent et par mois et les garanties minimales (ou garanties « plancher ») qu'un contrat de complémentaire santé doit proposer aux agents sont constituées du panier de soins de référence, déterminé par le décret n° 2022- 581 du 20 avril 2022.

Afin de répondre aux enjeux de santé au travail, de maintien d'un niveau de vie décent aux agents en situation d'arrêt de travail, d'attractivité du secteur public, d'équilibre financier et de dialogue social, le Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault a souhaité mutualiser la mise en œuvre et le suivi des garanties Frais de Santé pour le compte des collectivités territoriales et des établissements publics affiliés et non affiliés du département.

Dans le souci d'assurer une couverture des frais de Santé de qualité aux agents à effet du 1^{er} janvier 2026, **le conseil municipal, par délibération du 26 juin 2025** après avis du CST du **04 mars 2025**, a donné mandat au Centre de gestion de l'Hérault pour l'organisation, la conduite et l'animation du dialogue social au niveau départemental en vertu des dispositions de l'accord collectif national du 11 juillet 2023 portant réforme de la Protection Sociale Complémentaire dans la Fonction Publique Territoriale, ainsi que pour la réalisation d'une mise en concurrence visant à la sélection d'un ou plusieurs organismes d'assurance et la conclusion d'une convention de participation pour la couverture du Risque Santé des agents à effet du 1^{er} janvier 2026.

Cette mutualisation des risques, organisée au niveau départemental, permet de garantir aux personnels des employeurs publics territoriaux :

- l'accès à des garanties collectives sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé, du sexe ou de la catégorie professionnelle ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte-tenu des besoins sociaux et des contraintes économiques des employeurs publics concernés ;
- le bénéfice de taux de cotisations négociés et maintenus pendant 3 ans.

Ainsi, le CDG 34 a :

- lancé une consultation au niveau départemental pour être en mesure de proposer aux employeurs publics territoriaux l'adhésion à une convention de participation et la souscription aux contrats d'assurance collectifs complémentaires de frais de Santé à compter du 1^{er} janvier 2026, adossés à celles-ci.

Niveaux de garanties proposés à l'issue de la consultation et du choix de l'opérateur MN.

GARANTIES	Prestations ⁽¹⁾			
	Régime 1	Régime 2	Régime 3	
ACTES COURANTS				
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
	Actes techniques médicaux OPTAM	120% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Actes techniques médicaux NON OPTAM	100% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		100% de la BR	125% de la BR	200% de la BR

Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM	100% de la BR	105% de la BR	180% de la BR
Analyses médicales en laboratoire / examens	100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Dispositif « Monpsy »	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Médicaments (pharmacie dont vaccins et contraception prescrite et prise en charge)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Contraception orale - (prescrite non remboursée par la sécurité sociale) - forfait annuel	30 €	50 €	100 €
Transport	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR

HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité, psychiatrie et SSR)

Soins et frais de séjour hospitaliers	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM / OPTAM CO	125% de la BR	200% de la BR	300% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM / NON OPTAM CO	105% de la BR	180% de la BR	200% de la BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patientèle urgence	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière avec nuitée (par jour, et sans limite)	30 €	60 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour, et sans limite)	10 €	20 €	30 €
Frais d'accompagnement enfant de - 16 ans (par jour, et sans limite)	20 €	30 €	40 €
Prime naissance ou adoption (par enfant)	100 €	200 €	300 €

DENTAIRE ⁽²⁾

Soins et prothèses « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF	100% FR	100% FR	100% FR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES (dans la limite des HLF. Y compris Inlay - Onlay)	150% de la BR	250% de la BR	350% de la BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES (y compris Inlay - Onlay)	150% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
Soins hors « 100 % santé »	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (par prothèse, dans la limite de 3 par an)	100 €	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	150% de la BR	400% de la BR	550% de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	120 €	300 €	400 €
Parodontologie / gingivectomie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	60 €	200 €	300 €
Implants (par an)	100 €	600 €	900 €

Accusé de réception préfecture
 034-213401730-20251209-33-2025-12-09-DE
 Date de télétransmission : 11/12/2025
 Date de réception préfecture : 11/12/2025

AUDIOLOGIE			
Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV, à compter du 1er janvier 2021	100% FR	100% FR	100% FR
Équipement auditif hors « 100 % santé » - classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille, à compter du 1er janvier 2021)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 400 €	100% de la BR + 600 €
Péodicité (équipement auditif par oreille)	1 fois tous les 4 ans et par bénéficiaire		
Petits accessoires auditifs (piles...) ou forfait entretien	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
OPTIQUE			
Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES ; remboursement par équipement (dont remboursement de la monture limité à 100 €)			
Verres simples	150 €	250 €	350 €
Verres complexes	300 €	400 €	500 €
Verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Péodicité	1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge*		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire, au-delà remboursement à hauteur du panier de soins)	100 €	200 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	100 €	300 €	400 €
AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermale acceptée : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport ⁽²⁾ (par an)	100% de la BR + 50 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 300 €
Médecine non conventionnelle (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, mésothérapeute, micro-kinésithérapie, réflexologie, diététique, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue, psychologue, ⁽³⁾ (par an)	50 €	125 €	150 €
Vaccins antigrippal	100% FR	100% FR	100% FR
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	30 €	50 €	100 €
Petit appareillage, pansements, accessoires	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR

Apposé de réception en préfecture
0213401730-2025-0000022_12_09-DE
Date de télétransmission : 11/12/2025
Date de réception préfecture : 11/12/2025

Orthopédie (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires) (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Grand appareillage (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Médicaments homéopathiques non remboursés par la Sécurité sociale, médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL (par an, sur présentation d'une facture de pharmacie)	0 €	20 €	100 €
Automédication (médicaments inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL et sur présentation d'une facture de pharmacie) (par an)	0 €	20 €	30 €
Sevrage tabagique remboursé ou non par la Sécurité sociale (par an)	120 €	150 €	150 €
Actes de prévention (définis par arrêté du 8 juin 2006)	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui

- (1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale. Elles s'entendent par bénéficiaire.
 - (2) Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.
 - (3) Praticiens reconnus dans les annuaires professionnels de santé

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – BR : Base de Remboursement – BRR : Base de Remboursement Reconstituée –

FR : Frais Réels – TM : Ticket Modérateur –OPTAM/ OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie et Obstétrique - PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraire Limite de Facturation.

sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.

GRILLE OPTIQUE_Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)	
Verres simples	verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont $\sum S$ (sphère+cylindre) ≤ 6
Verres complexes	verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -6 et cylindre $\geq 0,25$; sphéro-cylindrique > 0 dont $\sum S$ (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont $\sum S$ (sphère+cylindre) ≤ 8
Verres très complexes	verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindrique de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -8 et cylindre $\geq 0,25$; sphéro-cylindrique > 0 dont $\sum S$ (sphère+cylindre) > 8

Participation employeur au régime de Frais de Santé à adhésion facultative

Accusé de réception en préfecture
034-213401730-20251209-33_2025_12_09-DE
Date de télétransmission : 11/12/2025
Date de réception préfecture : 11/12/2025

Participation identique pour tous les bénéficiaires à hauteur de 40 € par agent et par mois

Avis du comité social territorial en date du 24/11/2025

Le Conseil Municipal ayant entendu l'exposé de Monsieur le Maire,
après en avoir délibéré, à l'unanimité des membres présents,

DECIDE d'adhérer à la convention de participation pour la couverture du risque Santé proposée par le Centre de Gestion de l'Hérault et au contrat collectif à adhésion facultative du prestataire retenu MNT ;

DECIDE de Participer au financement des garanties à hauteur de 40 euros de participation identique pour tous les bénéficiaires.

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

Le Maire :

Claude CARCELLER.

