



AVENANT N°2 AU CONTRAT SOCLE DE SANTE COLLECTIVE A ADHESION FACULTATIVE

Entre : **LE CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DES VOSGES**

Adresse : 59 rue Jean Jaurès
88000 Epinal

*Ci-après dénommé le Centre de Gestion,
d'une part,*

Et : **La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)**

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584
Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS

La Mutuelle Générale de l'Education Nationale et la Mutuelle Générale de l'Education Nationale Vie

Mutuelles régies par le Livre II du Code de la Mutualité
Immatriculées au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 685 399 et 441 922 002
Siège social : 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15

Mutuelles co-assureurs des risques garantis au titre du présent avenant, dûment représentées aux fins du présent avenant par la Mutuelle Nationale Territoriale, l'apériteur

*Ci-après dénommée les Mutuelles co-assureurs,
d'autre part,*

Suite à la décision portant sur le choix des Mutuelles co-assureurs pour la conclusion de la convention de participation en matière de protection sociale complémentaire « Santé » en faveur du personnel du Centre de gestion de la fonction publique territoriale des Vosges, des collectivités territoriales et des établissements publics ayant donné mandat au centre de gestion de la fonction publique territoriale des Vosges pour la conclusion de la Convention de Participation,

Vu la Convention de Participation signée à effet du 1^{er} janvier 2020 entre le Centre de gestion de la fonction publique territoriale des Vosges et les Mutuelles co-assureurs pour une durée de six ans,

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités locales au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,

Vu le décret n° 2022-388 du 17 mars 2022 relatif au fonctionnement des Mutuelles et Unions, et aux Institutions de prévoyance,

Vu le décret n° 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue,

Vu l'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L.160-13 du code de la Sécurité Sociale,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 – Délai de versement des prestations

L'article 24 des Conditions Générales référencées CG Santé 2020 - CDG 88, – Règlement des Prestations, est complété comme suit :

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Article 2 – Tableau des Prestations

Nature des risques (remboursements Sécurité sociale incluse)	Formule Essentielle	Formule Optimale
Soins courants		
• Honoraires médicaux (généralistes)	100% BR	100% BR
• Honoraires médicaux (spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Honoraires paramédicaux	100% BR	115% BR
• Analyses et examens de laboratoire	100% BR	115% BR
• Radiographie médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	135% BR
• Radiographie médecins non adhérents au DPTM (1)	100% BR	115% BR
• Actes Techniques Médicaux médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	135% BR
• Actes Techniques Médicaux médecins non adhérents au DPTM (1)	100% BR	115% BR
• Médicaments	100% BR	100% BR
• Matériel médical		
- Fournitures médicales, pansements	150% BR	250% BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	150% BR	250% BR
• Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale	100% BR	100% BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	NEANT	20€ par séance max 2/an
• Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (art L.162-58 CSS)	100% BR	100% BR
<p>Optique : Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.</p>		
Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans		
• Equipements 100% Santé (Classe A) (2)		
- Monture	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Verres	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Autres équipements (Classe B)		
-Monture	Rbst RO plus 75 €	Rbst RO plus 95 €
-Verres	voir grille optique	voir grille optique
-Adaptation de l'ordonnance	Frais réels	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	100% BR + 100 € / an	100% BR + 150 € / an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	100 € / an	150 € / an
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	NEANT	200 € / œil

Nature des risques (remboursements Sécurité sociale incluse)	Formule Essentielle	Formule Optimale
Dentaire		
• Soins et prothèses 100% Santé (2)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Soins hors 100% Santé	125% BR	150% BR
• Prothèses hors 100% Santé		
-Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core	270% BR	370% BR
-Inlay core	125% BR	150% BR
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	250% BR	300% BR
• Implantologie (maxi 2)	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
Aides auditives : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans		
• Equipements 100% Santé (2)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Equipements hors 100% Santé (dans la limite de 1700 €/appareil, sécurité sociale incluse)	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire
• Piles et accessoires	100% BR	100% BR
Hospitalisation		
• Frais de séjour	100% BR	200% BR
• Honoraires	100% BR	100% BR
-Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
-Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Participation du patient (3)	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière max 60j en Ets spécialisés	67 € / jour	67 € / jour
• Chambre particulière ambulatoire	20 € / jour	20 € / jour
• Frais d'accompagnant	15 € / jour	25 € / jour
• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
• Forfait Patient Urgence (Art L.160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels
Maternité		
• Frais de séjour	100% BR	100% BR
• Honoraires	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Divers		
• Transport pris en charge par le régime de base	100% BR	100% BR
• Cure thermique prescrite et acceptée le régime de base	NEANT	100% BR + 100€
• Assistance	OUI	OUI
• Réseau de soins	OUI	OUI

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM-CO).

(2) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100% santé. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique, et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et des prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes

(3) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

FORMULE Essentielle : grille optique	Mineurs < 16 ans	Adultes (16 ans et +)
Type de Verre	Remboursement MNT seule	Remboursement MNT seule
Par Verre Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	50,00 €	60,00 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	70,00 €	80,00 €
sphère < -8 ou >+8	90,00 €	100,00 €
Par Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindrique		
cylindre ≤ +4 sphère de -6 à 0	60,00 €	70,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) ≤+6	80,00 €	90,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à 0	100,00 €	110,00 €
cylindre ≥ 0,25 et sphère <-6	120,00 €	130,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) >+6	120,00 €	130,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphérique		
sphère de -4 à +4	120,00 €	150,00 €
sphère < -4 ou >+4	140,00 €	200,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphéro-cylindrique		
sphère de -8 à 0 et cylindre ≥+4	150,00 €	180,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥0,25	170,00 €	210,00 €
somme cylindre + sphère (S) ≤ 8	150,00 €	180,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > 8	170,00 €	210,00 €

FORMULE Optimale : grille optique	Mineurs < 16 ans	Adultes (16 ans et +)
Type de Verre	Remboursement MNT seule	Remboursement MNT seule
Par Verre Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	70,00 €	110,00 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	90,00 €	130,00 €
sphère < -8 ou >+8	110,00 €	150,00 €
Par Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre ≤ +4 sphère de -6 à 0	80,00 €	120,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) ≤+6	100,00 €	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à 0	120,00 €	160,00 €
cylindre ≥ 0,25 et sphère <-6	140,00 €	180,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) >+6	140,00 €	180,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphérique		
sphère de -4 à +4	130,00 €	200,00 €
sphère < -4 ou >+4	150,00 €	220,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphéro-cylindrique		
sphère de -8 à 0 et cylindre ≥+4	160,00 €	230,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥0,25	180,00 €	250,00 €
somme cylindre + sphère (S) ≤ 8	160,00 €	230,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > 8	180,00 €	250,00 €

Article 3 – Date de prise d'effet

Les dispositions du présent avenant prennent effet le **1^{er} janvier 2023**.

Toutes les dispositions du contrat non modifiées par le présent avenant demeurent inchangées.

FAIT EN DEUX EXEMPLAIRES

A EPINAL,

Le 17/03/2023

Pour le Centre de Gestion

A Paris,

Le 20 février 2023

Pour la Mutuelle Nationale Territoriale



Le Directeur Général Adjoint Proximité et Développement

Frédéric SAUVAGE

Mutuelle Nationale Territoriale
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité
4 rue d'Athènes 75009 PARIS
N° SIREN 775 678 584 / LEI 9695000Q8HEMSMEPF29
Tél : 01 42 47 23 45



AVENANT N°2 AU CONTRAT SOCLE DE SANTE COLLECTIVE A ADHESION FACULTATIVE

Entre : **LE CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DES VOSGES**

Adresse : 59 rue Jean Jaurès
88000 Epinal

*Ci-après dénommé le Centre de Gestion,
d'une part,*

Et : **La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)**

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584
Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS

La Mutuelle Générale de l'Education Nationale et la Mutuelle Générale de l'Education Nationale Vie

Mutuelles régies par le Livre II du Code de la Mutualité
Immatriculées au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 685 399 et 441 922 002
Siège social : 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15

Mutuelles co-assureurs des risques garantis au titre du présent avenant, dûment représentées aux fins du présent avenant par la Mutuelle Nationale Territoriale, l'apériteur

*Ci-après dénommée les Mutuelles co-assureurs,
d'autre part,*

Suite à la décision portant sur le choix des Mutuelles co-assureurs pour la conclusion de la convention de participation en matière de protection sociale complémentaire « Santé » en faveur du personnel du Centre de gestion de la fonction publique territoriale des Vosges, des collectivités territoriales et des établissements publics ayant donné mandat au centre de gestion de la fonction publique territoriale des Vosges pour la conclusion de la Convention de Participation,

Vu la Convention de Participation signée à effet du 1^{er} janvier 2020 entre le Centre de gestion de la fonction publique territoriale des Vosges et les Mutuelles co-assureurs pour une durée de six ans,

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités locales au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,

Vu le décret n° 2022-388 du 17 mars 2022 relatif au fonctionnement des Mutuelles et Unions, et aux Institutions de prévoyance,

Vu le décret n° 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue,

Vu l'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L.160-13 du code de la Sécurité Sociale,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 – Délai de versement des prestations

L'article 24 des Conditions Générales référencées CG Santé 2020 - CDG 88, – Règlement des Prestations, est complété comme suit :

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Article 2 – Tableau des Prestations

Nature des risques (remboursements Sécurité sociale incluse)	Formule Essentielle	Formule Optimale
Soins courants		
• Honoraires médicaux (généralistes)	100% BR	100% BR
• Honoraires médicaux (spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Honoraires paramédicaux	100% BR	115% BR
• Analyses et examens de laboratoire	100% BR	115% BR
• Radiographie médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	135% BR
• Radiographie médecins non adhérents au DPTM (1)	100% BR	115% BR
• Actes Techniques Médicaux médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	135% BR
• Actes Techniques Médicaux médecins non adhérents au DPTM (1)	100% BR	115% BR
• Médicaments	100% BR	100% BR
• Matériel médical		
- Fournitures médicales, pansements	150% BR	250% BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	150% BR	250% BR
• Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale	100% BR	100% BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	NEANT	20€ par séance max 2/an
• Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (art L.162-58 CSS)	100% BR	100% BR
<p>Optique : Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.</p>		
Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans		
• Equipements 100% Santé (Classe A) (2)		
- Monture	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Verres	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Autres équipements (Classe B)		
-Monture	Rbst RO plus 75 €	Rbst RO plus 95 €
-Verres	voir grille optique	voir grille optique
-Adaptation de l'ordonnance	Frais réels	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	100% BR + 100 € / an	100% BR + 150 € / an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	100 € / an	150 € / an
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	NEANT	200 € / œil

Nature des risques (remboursements Sécurité sociale incluse)	Formule Essentielle	Formule Optimale
Dentaire		
• Soins et prothèses 100% Santé (2)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Soins hors 100% Santé	125% BR	150% BR
• Prothèses hors 100% Santé		
-Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core	270% BR	370% BR
-Inlay core	125% BR	150% BR
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	250% BR	300% BR
• Implantologie (maxi 2)	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
Aides auditives : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans		
• Equipements 100% Santé (2)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Equipements hors 100% Santé (dans la limite de 1700 €/appareil, sécurité sociale incluse)	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire
• Piles et accessoires	100% BR	100% BR
Hospitalisation		
• Frais de séjour	100% BR	200% BR
• Honoraires	100% BR	100% BR
-Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
-Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Participation du patient (3)	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière max 60j en Ets spécialisés	67 € / jour	67 € / jour
• Chambre particulière ambulatoire	20 € / jour	20 € / jour
• Frais d'accompagnant	15 € / jour	25 € / jour
• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
• Forfait Patient Urgence (Art L.160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels
Maternité		
• Frais de séjour	100% BR	100% BR
• Honoraires	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Divers		
• Transport pris en charge par le régime de base	100% BR	100% BR
• Cure thermique prescrite et acceptée le régime de base	NEANT	100% BR + 100€
• Assistance	OUI	OUI
• Réseau de soins	OUI	OUI

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM-CO).

(2) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100% santé. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique, et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et des prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes

(3) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

FORMULE Essentielle : grille optique	Mineurs < 16 ans	Adultes (16 ans et +)
Type de Verre	Remboursement MNT seule	Remboursement MNT seule
Par Verre Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	50,00 €	60,00 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	70,00 €	80,00 €
sphère < -8 ou >+8	90,00 €	100,00 €
Par Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindrique		
cylindre ≤ +4 sphère de -6 à 0	60,00 €	70,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) ≤+6	80,00 €	90,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à 0	100,00 €	110,00 €
cylindre ≥ 0,25 et sphère <-6	120,00 €	130,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) >+6	120,00 €	130,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphérique		
sphère de -4 à +4	120,00 €	150,00 €
sphère < -4 ou >+4	140,00 €	200,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphéro-cylindrique		
sphère de -8 à 0 et cylindre ≥+4	150,00 €	180,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥0,25	170,00 €	210,00 €
somme cylindre + sphère (S) ≤ 8	150,00 €	180,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > 8	170,00 €	210,00 €

FORMULE Optimale : grille optique	Mineurs < 16 ans	Adultes (16 ans et +)
Type de Verre	Remboursement MNT seule	Remboursement MNT seule
Par Verre Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	70,00 €	110,00 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	90,00 €	130,00 €
sphère < -8 ou >+8	110,00 €	150,00 €
Par Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre ≤ +4 sphère de -6 à 0	80,00 €	120,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) ≤+6	100,00 €	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à 0	120,00 €	160,00 €
cylindre ≥ 0,25 et sphère <-6	140,00 €	180,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) >+6	140,00 €	180,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphérique		
sphère de -4 à +4	130,00 €	200,00 €
sphère < -4 ou >+4	150,00 €	220,00 €
Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphéro-cylindrique		
sphère de -8 à 0 et cylindre ≥+4	160,00 €	230,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥0,25	180,00 €	250,00 €
somme cylindre + sphère (S) ≤ 8	160,00 €	230,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > 8	180,00 €	250,00 €

Article 3 – Date de prise d'effet

Les dispositions du présent avenant prennent effet le **1^{er} janvier 2023**.

Toutes les dispositions du contrat non modifiées par le présent avenant demeurent inchangées.

FAIT EN DEUX EXEMPLAIRES

A EPINAL,

Le 17/03/2023

Pour le Centre de Gestion

A Paris,

Le 20 février 2023

Pour la Mutuelle Nationale Territoriale



Le Directeur Général Adjoint Proximité et Développement

Frédéric SAUVAGE

Mutuelle Nationale Territoriale
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité
4 rue d'Athènes 75009 PARIS
N° SIREN 775 678 584 / LEI 9695000Q8HEMSMEPF29
Tél : 01 42 47 23 45