



**Service de l'Assemblée  
Bureau du conseil  
municipal**

**Procès verbal  
de la séance du conseil municipal du  
03 Février 2025**

**Sommaire**

**Page des présents**

**Question orale / réponse orale**

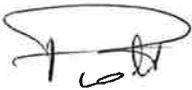
**Dispositifs et résultats de vote des  
délibérations**

**Amendement présenté**

**Voeux**

**Interventions**

*Seules figurent les interventions écrites remises au service de l'Assemblée*

<b>Signatures après adoption par le conseil municipal</b>	
<b>M. le Maire Eric PIOLLE</b> Président de séance	<b>Mme l'adjointe déléguée Annabelle BRETTON</b> Secrétaire de séance
	



## **EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL MUNICIPAL**

**L'an deux mille vingt-cinq, le trois février**, le conseil municipal s'est réuni en séance publique, en l'Hôtel de ville de Grenoble, sur la convocation de Monsieur le Maire, en date du 28 janvier 2025.

Nombre de conseillers municipaux en exercice au jour de la séance : 59

M. Eric PIOLLE, Maire, assure la présidence.

Il est procédé à l'appel nominal auquel répondent :

M. Eric PIOLLE - M. Gilles NAMUR - Mme Lucille LHEUREUX - Mme Isabelle PETERS - Mme Margot BELAIR - M. Alan CONFESSON - Mme Chloé PANTEL - M. Antoine BACK - Mme Annabelle BRETTON - Mme Kheira CAPDEPON - M. Vincent FRISTOT - Mme Christine GARNIER - M. Pierre-André JUVEN - Mme Céline MENNETRIER - M. Nicolas KADA - Mme Maud TAVEL - M. Pierre MERIAUX - M. Claus HABFAST - M. Hasni BEN-REDJEB - M. Jérôme SOLDEVILLE - M. Thierry CHASTAGNER - M. Lionel PICOLLET - Mme Sylvie FOUGERES - Mme Salima DJIDEL-BRUNAT - Mme Sandra KRIEF - M. Luis BELTRAN-LOPEZ - Mme Anne-Sophie OLMOS - M. Nicolas BERON-PEREZ - Mme Khadija EZZAROUALI - Mme Laura PFISTER - M. Djamel WAZIZI - M. Alain CARIGNON - Mme Dominique SPINI ALIM - Mme Brigitte BOER - M. Chérif BOUTAFA - Mme Nathalie BERANGER - Mme Emilie CHALAS - M. Hassen BOUZEGHOUB - Mme Cécile CENATIEMPO - Mme Delphine BENSE - M. Romain GENTIL - M. Hakim SABRI - M. Maxence ALLOTO - Mme Anouche AGOBIAN - M. Pascal CLOUAIRE - Mme Barbara SCHUMAN - Mme Amel ZENATI - Mme Laure MASSON - Mme Charah BENTALEB

Absents ayant donné pouvoir :

M. Antoine FLECHET donne pouvoir à Mme Kheira CAPDEPON de 10H08 à 16H31  
Mme Katia BACHER donne pouvoir à Mme Laura PFISTER de 10H08 à 16H31  
M. Olivier BERTRAND donne pouvoir à Mme Margot BELAIR de 10H08 à 10H27  
M. Emmanuel CARROZ donne pouvoir à Mme Maud TAVEL de 10H08 à 10H50  
M. Emmanuel CARROZ donne pouvoir à Mme Margot BELAIR de 15H25 à 16H31  
Mme Maude WADELEC donne pouvoir à M. Djamel WAZIZI de 10H08 à 10H55  
M. Yann MONGABURU donne pouvoir à Mme Sylvie FOUGERES de 10H08 à 11H36  
Mme Elisa MARTIN donne pouvoir à M. Alan CONFESSON de 10H08 à 11H56 puis de 13H30 à 16H31  
Mme Céline DESLATTES donne pouvoir à M. Nicolas BERON-PEREZ de 10H08 à 12H14  
M. Olivier SIX donne pouvoir à M. Hasni BEN-REDJEB de 10H08 à 14H52  
Mme Cécile CENATIEMPO donne pouvoir à M. Romain GENTIL de 11H20 à 12H54  
Mme Margot BELAIR donne pouvoir à M. Olivier BERTRAND de 12H30 à 14H00  
Mme Anouche AGOBIAN donne pouvoir à Mme Barbara SCHUMAN de 12H55 à 16H31  
Mme Amel ZENATI donne pouvoir à M. Pascal CLOUAIRE de 14H49 à 16H31  
M. Maxence ALLOTO donne pouvoir à Mme Céline DESLATTES de 15H45 à 16H31  
Mme Nathalie BERANGER donne pouvoir à Mme Brigitte BOER de 15H50 à 16H31  
Mme Maud TAVEL donne pouvoir à M. Nicolas KADA de 16H00 à 16H31  
M. Hasni BEN-REDJEB donne pouvoir à M. Olivier SIX de 16H00 à 16H31  
Mme Delphine BENSE donne pouvoir à Mme Emilie CHALAS de 16H04 à 16H31

Absent-es excusé-es :

Mme Anne CHATELAIN-ROCHE de 10H08 à 16H31

Conformément à l'article L.2121-15 du Code Général des Collectivités Territoriales, il a été procédé à la nomination d'un-e secrétaire de séance pris au sein du conseil : Mme Annabelle BRETTON ayant obtenu la majorité des suffrages, a été désignée pour remplir ces fonctions.

**QUESTION ORALE/  
REPOSE ORALE**

## **Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

### **GO-SCDDC**

Conseil municipal du 3 février 2025

#### **Question orale de M. CARIGNON**

Monsieur le Maire,

Vous avez récemment fait l'actualité avec votre proposition de "*trouver un modus vivendi*", une "manière de vivre", avec les trafiquants de drogue.

Si de nombreuses personnes s'en sont émues, pour nous à Grenoble, ça n'a pas été une grande surprise. Voilà désormais plus d'une décennie que vous vous accommodez des dealers et vivez avec. Ou plutôt, que vous les laissez vivre et demandez aux Grenoblois de s'adapter à eux.

Nous avons souvent évoqué ici le cas de cette salle polyvalente municipale à Mistral, dont les dealers avaient pris possession en mettant dehors les associations et notamment un club de personnes âgées. Ils l'ont complètement saccagé : c'était sans doute le prix à payer pour le vivre-ensemble ?

À Mistral, il y a aussi eu ce cas d'une association pour l'autisme contrainte de fuir les locaux qui lui avaient été attribués à cause des mêmes trafiquants. Sans doute n'avaient-ils pas trouvé la bonne manière de vivre avec eux.

Même cas de figure à Teisseire, avec le club de judo qui a dû quitter ses locaux à cause de délinquants dans la salle municipale attenante. J'espère que les élus de la majorité se sont rendus sur place pour constater, en tout cas nous, nous l'avons fait : quand on voit les déchets autour on a un peu de doute sur le bon fonctionnement du "modus vivendi" ici.

Encore récemment, nous avons été alertés à propos d'une salle de la ville où la consommation de drogue est régulière. Nous aimerions que vous nous confirmiez ou infirmiez cette information ?

En arriver à cette proposition formelle de "modus vivendi" avec les marchands de morts qui pourrissent des quartiers entiers, c'est pour

nous un aveu de soumission terrible. Un an après la polémique sur la pièce de théâtre que vous aviez fait sous-titrer “comment vivre à proximité d’un point de deal”, vous franchissez encore une étape.

C’est un naufrage que d’envisager la dépénalisation sous prétexte que la lutte contre le trafic est difficile.

Avec votre raisonnement, est-ce que vous allez demain imaginer un “modus vivendi” avec les auteurs de fusillades qu’on ne parvient pas non plus totalement à empêcher ? En autorisant les tirs en ville sur certaines plages horaires, sur le modèle de la ZFE par exemple ?

Ou encore en dépénalisant les agressions à l’arme blanche ? En autorisant les vols dans les véhicules garés sur l’espace public, pourquoi pas en fonction de la vignette Crit’air de la voiture ?

Il ne faut pas se leurrer : la dépénalisation ne réglerait rien. Le trafic continuerait pour d’autres drogues plus dures. Et les bandes armées se disputeraient le marché de la contrebande, comme on le voit déjà avec les cigarettes.

Aussi, Monsieur le Maire, nous aimerions savoir si vous comptez persister dans cette posture de recherche du compromis avec les délinquants, ou si vous allez revenir à la raison et enfin prendre votre part dans la chaîne de sécurité au sein de laquelle la municipalité a un rôle majeur à jouer ?

Je vous remercie.

## **Conseil municipal du 3 février 2025**

### **Réponse de M. le Maire à la question orale de M. CARIGNON**

#### **du Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

Monsieur le Conseiller Municipal,

Ca fait quelques décennies, presque trois, que vous n'êtes plus maire de Grenoble, mais malgré ça, on vous sent bien éloigné de la réalité quotidienne des agents du service public, qui sur le terrain, font un travail remarquable dans des conditions souvent difficiles.

Il ne s'agit pas ici d'une quelconque complaisance envers le trafic de drogue, mais bien de garantir la continuité du service public pour toutes et tous, partout, malgré cette nuisance qui touche nos quartiers et qui opprime un certain nombre d'habitants.

Alors je vous invite d'abord à ne pas suivre les informations uniquement à travers CNEW. C'est vrai que FranceInfo c'est une radio publique mais vous pouvez écouter directement mon interview, ça vous éviterait de raconter totalement n'importe quoi.

Il y a là une petite différence entre le monde tel qu'il est, et le monde tel qu'on voudrait qu'il soit. Le monde tel qu'on voudrait qu'il soit, c'est un monde effectivement sans trafic, où tout le monde peut aller et venir et où personne n'est sujet à être dans une gangrène du trafic. Le monde tel qu'il est, c'est que nos agents publics, comme ceux des bailleurs sociaux, comme tous ceux qui travaillent aujourd'hui dans l'espace public, ou à proximité des lieux de deal, c'est qu'ils font leurs tâches malgré le deal, et que, bah oui effectivement ils n'ont pas d'autres choix que de faire avec. Parce que eux ne peuvent pas se dire ah bas tiens nous reviendrons quand le trafic sera terminé. Vous voyez cette différence de modus vivendi, qui n'est pas un projet mais qui est juste le monde tel qu'il est, la différence du monde tel qu'on aimerait qu'il soit. Par exemple nos relations, nous avons trouvé un modus vivendi, c'est le monde tel qu'il est, le monde tel que j'aimerais qu'il soit c'est que ayez disparu du débat public et qu'en fait voilà vous viviez votre

reconversion ailleurs. Vous sentez la différence entre le monde tel qu'il est, j'ai trouvé un modus vivendi avec vous, et le monde tel que j'aimerais qu'il soit.

Si vous écoutiez donc cette intervention sur France Info, vous auriez donc des informations claires sur ce que j'exprime. Refuser d'intervenir dans des quartiers populaires, sous prétexte qu'il y a du deal, et c'est vrai que le deal est là, un certain nombre de points à Grenoble et que c'est très dur, ce serait une rupture d'égalité territoriale. Notre choix est clair : maintenir le service public partout, sans abandonner quiconque.

La municipalité, vous pouvez penser ce que vous voulez, que je suis un infâme laxiste, comme tous ces États américains qui ont légalisé, comme le Canada, comme l'Allemagne maintenant, voyez tous ces gauchistes comme les anciens ministres de l'intérieur, comme certains ministres de la santé, que tout ça nous sommes tous des immondes laxistes qui voulons coopérer avec les dealers ou vous pouvez peut-être vous interroger sur l'échec dans lequel est la politique d'ultra-répression en France depuis 50 ans. Mais il faut avoir en tête une chose, la municipalité, elle agit aujourd'hui dans le cadre de la loi actuelle. Ça nous empêche pas de pointer les défaillances de la loi actuelle. Ça nous empêche pas de pointer l'échec des ministres de l'intérieur successifs, mais nous sommes au rendez-vous, au rendez-vous, dans le cadre qui nous est donné aujourd'hui et la Ville assume pleinement son rôle dans cette chaîne de sécurité avec ses policiers municipaux, près de 100 agents, une police municipale qui est professionnelle, qui est bien formée et bien équipée. Je veux ici la saluer car elle agit elle aussi avec un travail exemplaire au quotidien, souvent dans des conditions compliquées. Elle mène une action de proximité essentielle, en coopération aussi avec la police nationale, de tous les jours. Ça aussi c'est important, une présence dans l'espace public. Que nous avons renforcé avec une police de quartier au village olympique, avec la Bike Police il y a quelques années, avec la brigade sur l'espace public spécialisée sur les incivilités. Et puis nous agissons sur l'ensemble de la chaîne, sur la prévention avec nos équipes jeunesse, avec la cellule de veille mineur. Mais aussi auprès des consommateurs, avec le travail que nous faisons avec la MILDECA. Et je rappelle que malgré tous les délires et les balivernes que vous racontez, la pièce de théâtre qui avait là aussi sur CNEWS, provoqué des débats, elle a été construite, d'ailleurs pas qu'à Grenoble, avec la MILDECA, cet organe de lutte contre les conduites addictives qui dépend du gouvernement. La ville est donc bien au rendez-vous, de même que nous sommes au rendez-vous dans l'accueil des travaux d'intérêts généraux, donc toute cette chaîne qui est aujourd'hui extrêmement défaillante sur la lutte contre la récidive, nous sommes là du début à la fin.

Et nous agissons de façon très concrète, y compris dans l'aménagement de l'espace urbain, y compris dans nos équipements municipaux qui c'est vrai, parfois sont pris pour cible. Ils sont systématiquement rénovés. La salle polyvalente de Mistral, elle a été dégradée, elle a été rénovée.

Nous la rénovons en ce moment pour les familles du quartier. Le club du dojo Paul Cocat, vous racontez n'importe quoi, il a en effet été touché par des violences. Mais le club y est revenu, nous avons trouvé des solutions avec les élus, avec les services, avec les associations locales. Donc voilà, ça ne m'empêchera pas de dire que je ne crois pas que le narco-traffic se combat pas dans le tout répressif. Je pense que la France est en échec. Les mêmes méthodes qui pointent les mêmes échecs. Ce week-end c'était à Nice, voyez, quelqu'un a été abattu dans le cadre du trafic. Il y a quelques semaines c'était à Nîmes, où une mère de famille, à 17h, a pris une balle dans l'appui-tête alors qu'elle était dans sa voiture à proximité d'une école avec ses trois enfants dans la voiture. Voilà des villes LR, En Marche, ou je ne sais quoi pour Estrosi. C'est malheureusement cette gangrène du narco-traffic un peu partout. La Cour des Comptes pointait l'extension dans les zones péri-urbaines et dans les campagnes, aujourd'hui, de ces trafics. Plus 70% en 10 ans d'affaires engagées dans ces domaines-là. C'est évidemment absolument pathétique. Et oui je pense que la légalisation couperait le trafic de presque la moitié de son chiffre d'affaire, et je pense qu'aucune organisation, quelque criminelle qu'elle soit, ne survit bien à une perte de 50 % de son chiffre d'affaire. Certains états je l'ai dit, aux États-Unis, au Canada, ou encore récemment en Allemagne, ont fait ce choix. J'espère que nous y viendrons, j'espère que nous aurons un débat public sur le sujet plutôt que d'avoir ces débats lobotomisés par CNEWS et récurrents avec les différents ministres de l'intérieur qui font de ce sujet plus un marche-pieds pour d'autres ambitions qu'une réelle volonté de lutte.

Soyons clairs : effectivement je suis bien conscient, comme l'était le procureur en partance que ce n'est pas moi, ni lui, qui va éradiquer le narco-traffic à Grenoble. Vous pourriez dire pareil d'ailleurs, vous avez été maire 12 ans, même si on sait où vous avez fini, mais vous avez été maire 12 an et vous non plus, à une période qui était pourtant bien moins critique en matière de trafic de drogue, mais déjà très prégnante, vous n'y êtes pas parvenu non plus.

C'est un fléau qui touche toute la société, toutes les sphères de la société, et nous devons y répondre avec lucidité, avec efficacité, plutôt qu'avec des postures politiciennes, même si c'est toujours un bon fond de commerce médiatique et politique. Je crois que nous devons nous départir de cela pour regarder l'intérêt de la société, et surtout nous attacher aux habitantes et aux habitants qui vivent avec cette réalité. Nos agents ils sont là, nos associations elles sont là aussi. Nous sommes à leurs côtés, jour après jour, pour que leur quotidien soit plus vivable. Le procureur de la république disait à un moment, il faut pas que ce soit toujours sur les mêmes que pèse, montrer qu'ils ne sont pas abandonnés même si leur quotidien est très difficile. Nous luttons pied à pied, pour un service public de proximité, pour permettre d'améliorer au mieux la qualité de vie sur tous les endroits dans nos communes qui souffrent aujourd'hui de cette emprise du narco-traffic et je pense que nous sous-estimons en plus l'emprise du narco-traffic dans notre société. La Ville est au rendez-vous, elle continuera à agir dans le cadre légal qui lui est

donné aujourd'hui, tout en faisant part de ses idées et de ses convictions pour le débat législatif puisque nous pouvons partir d'un diagnostic partagé, il y a là un échec en matière de santé publique, en matière financière, en matière de sécurité et en matière d'usage de nos forces de l'ordre.

**Direction Vie institutionnelle**  
**Service de l'Assemblée**

Compte-rendu de la séance du Conseil municipal

du lundi 03 février 2025



## EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL MUNICIPAL

**L'an deux mille vingt-cinq, le trois février**, le conseil municipal s'est réuni en séance publique, en l'Hôtel de ville de Grenoble, sur la convocation de Monsieur le Maire, en date du 28 janvier 2025.

Nombre de conseillers municipaux en exercice au jour de la séance : 59

M. Eric PIOLLE, Maire, assure la présidence.

### Il est procédé à l'appel nominal auquel répondent :

M. Eric PIOLLE - M. Gilles NAMUR - Mme Lucille LHEUREUX - Mme Isabelle PETERS - Mme Margot BELAIR - M. Alan CONFESSON - Mme Chloé PANTEL - M. Antoine BACK - Mme Annabelle BRETTON - Mme Kheira CAPDEPON - M. Vincent FRISTOT - Mme Christine GARNIER - M. Pierre-André JUVEN - Mme Céline MENNETRIER - M. Nicolas KADA - Mme Maud TAVEL - M. Pierre MERIAUX - M. Claus HABFAST - M. Hasni BEN-REDJEB - M. Jérôme SOLDEVILLE - M. Thierry CHASTAGNER - M. Lionel PICOLLET - Mme Sylvie FOUGERES - Mme Salima DJIDEL-BRUNAT - Mme Sandra KRIEF - M. Luis BELTRAN-LOPEZ - Mme Anne-Sophie OLMOS - M. Nicolas BERON-PEREZ - Mme Khadija EZZAROUALI - Mme Laura PFISTER - M. Djamel WAZIZI - M. Alain CARIGNON - Mme Dominique SPINI ALIM - Mme Brigitte BOER - M. Chérif BOUTAFA - Mme Nathalie BERANGER - Mme Emilie CHALAS - M. Hassen BOUZEGHOUB - Mme Cécile CENATIEMPO - Mme Delphine BENSE - M. Romain GENTIL - M. Hakim SABRI - M. Maxence ALLOTO - Mme Anouche AGOBIAN - M. Pascal CLOUAIRE - Mme Barbara SCHUMAN - Mme Amel ZENATI - Mme Laure MASSON - Mme Charah BENTALEB

### Absents ayant donné pouvoir :

M. Antoine FLECHET donne pouvoir à Mme Kheira CAPDEPON de 10H08 à 16H31  
Mme Katia BACHER donne pouvoir à Mme Laura PFISTER de 10H08 à 16H31  
M. Olivier BERTRAND donne pouvoir à Mme Margot BELAIR de 10H08 à 10H27  
M. Emmanuel CARROZ donne pouvoir à Mme Maud TAVEL de 10H08 à 10H50  
M. Emmanuel CARROZ donne pouvoir à Mme Margot BELAIR de 15H25 à 16H31  
Mme Maude WADELEC donne pouvoir à M. Djamel WAZIZI de 10H08 à 10H55  
M. Yann MONGABURU donne pouvoir à Mme Sylvie FOUGERES de 10H08 à 11H36  
Mme Elisa MARTIN donne pouvoir à M. Alan CONFESSON de 10H08 à 11H56 puis de 13H30 à 16H31  
Mme Céline DESLATTES donne pouvoir à M. Nicolas BERON-PEREZ de 10H08 à 12H14  
M. Olivier SIX donne pouvoir à M. Hasni BEN-REDJEB de 10H08 à 14H52  
Mme Cécile CENATIEMPO donne pouvoir à M. Romain GENTIL de 11H20 à 12H54  
Mme Margot BELAIR donne pouvoir à M. Olivier BERTRAND de 12H30 à 14H00  
Mme Anouche AGOBIAN donne pouvoir à Mme Barbara SCHUMAN de 12H55 à 16H31  
Mme Amel ZENATI donne pouvoir à M. Pascal CLOUAIRE de 14H49 à 16H31  
M. Maxence ALLOTO donne pouvoir à Mme Céline DESLATTES de 15H45 à 16H31  
Mme Nathalie BERANGER donne pouvoir à Mme Brigitte BOER de 15H50 à 16H31  
Mme Maud TAVEL donne pouvoir à M. Nicolas KADA de 16H00 à 16H31  
M. Hasni BEN-REDJEB donne pouvoir à M. Olivier SIX de 16H00 à 16H31  
Mme Delphine BENSE donne pouvoir à Mme Emilie CHALAS de 16H04 à 16H31

### Absent-es excusé-es :

Mme Anne CHATELAIN-ROCHE de 10H08 à 16H31

Conformément à l'article L.2121-15 du Code Général des Collectivités Territoriales, il a été procédé à la nomination d'un-e secrétaire de séance pris au sein du conseil : Mme Annabelle BRETTON ayant obtenu la majorité des suffrages, a été désignée pour remplir ces fonctions.

Ouverture de séance à 10h08.

Mme Annabelle BRETTON est désignée secrétaire de séance à l'unanimité.

**Discours introductif de M. le Maire, président de séance.**

**M. le Maire suspend la séance à 10h25, pour donner la parole aux représentant-es du panel citoyen-nes afin de présenter le rapport de préconisation de l'atelier « stationnement et espace public ».**

**Reprise de la séance à 10h44.**

Le procès verbal de la séance du conseil du 16 décembre 2024 est adopté à l'unanimité.

**DELIBERATION N° 1-(38370)** - RENDU ACTE - Compte rendu de Monsieur le Maire en application de la délibération de délégation de pouvoirs du 3 juillet 2020

Intervention (s) : M.. BOUTAFA, M. CARIGNON, M. le Maire.

**Il est rendu acte des décisions prises par M. le Maire en application de ses délégations de pouvoir.**

**DELIBERATION N° 2-(38287)** - ACTION SOCIALE - Convention de coopération public-public entre la Ville de Grenoble et son Centre Communal d'Action Sociale pour le Service Public Petite Enfance (SPPE)

Intervention (s) : Mme FOUGERES, M. BEN-REDJEB, Mme CHALAS, M. CARIGNON, Mme CENATIEMPO, M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention de coopération entre la Ville de Grenoble et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Ville de Grenoble relative au service public de la petite enfance ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention de coopération et à prendre toutes les mesures nécessaires à son exécution ;**
- **d'inscrire, le cas échéant, les crédits correspondants au sein du budget de la Ville de Grenoble.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 57**

**Ne prend pas part au vote : 1 Grenoble en Commun (M. MONGABURU)**

**DELIBERATION N° 3-(38362)** - FINANCES - Demande de subvention au titre du Fonds Vert pour le financement des travaux de réhabilitation de l'école Jules Verne et de la crèche l'îlot Marmots.

Intervention (s) : Mme GARNIER.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver le plan de financement du projet « réhabilitation de l'école maternelle Jules Verne et de la crèche Îlot Marmots » ;**
- **d'approuver le dépôt de toute demande de financement auprès des services de l'État et/ou de ses opérateurs, notamment au titre de la Dotation de soutien à l'investissement local (DSIL), du Fonds Vert, auprès de l'Agence de l'Eau ou auprès de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), ainsi que toute demande complémentaire au titre d'une bonification à la performance énergétique concernant ce projet ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e, à signer tous documents et conventions liés aux demandes de financements pour ce projet.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 4-(38043)** - URBANISME AMENAGEMENT - Conventions avec General Electric Hydro France et les Editions Glénat et charte avec l'association Hydro21 dans le cadre du programme d'actions porté par la Ville de Grenoble pour célébrer le centenaire de la tour Perret.

Intervention (s) : M. HABFAST, M. CARIGNON, M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la charte de partenariat liée aux événements de la célébration du Centenaire Hydro 1925 - 2025 - 2050, entre la ville de Grenoble et l'association Hydro21 (annexe 1);**
- **d'approuver les termes de la convention de prêt à titre gracieux entre la ville de Grenoble et General Electric Hydro France(annexe 2) ;**
- **d'approuver les termes de la convention de partenariat entre la ville de Grenoble et les Editions Glénat (annexe 3);**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ladite charte et lesdites conventions.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 5-(38308)** - HYGIENE ET SANTE PUBLIQUE - Convention de partenariat entre la Ville de Grenoble, le Centre Communal d'Action Sociale et la Mutuelle Entrenous pour la création d'une mutuelle communale

Intervention (s) : M. JUVEN, Mme BERANGER, M. BOUZEGHOUB, M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention de partenariat entre la Ville de Grenoble, le Centre Communal de l'Action Sociale (CCAS) et la Mutuelle Entrenous dans le cadre de la mise en œuvre d'une mutuelle communale ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 6-(38315)** - PREVENTION SECURITE - Adoption de la stratégie de résilience territoriale: renforcer la capacité de la municipalité pour développer la capacité à agir du territoire et ses habitant-es

Intervention (s) : M. BACK, Mme CHALAS, M. CARIGNON, M. CLOUAIRE, Mme AGOBIAN, Mme WADELEC, M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'adopter la stratégie résilience territoriale ainsi définie ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e la recherche de partenariat ou de financement en rapport avec cette stratégie.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité.**

**Pour : 37**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 4 Grenoble Démocratie, Ecologie et Solidarité + 4 Groupe Socialistes et Apparentés + 3 Place Publique, Social Démocrate + 2 Nouveau Regard + 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**VOEU N° 72-(38621)** - VOEU - Vœu pour la sauvegarde des emplois de notre territoire

Intervention(s) : M. ALLOTTO, Mme PFISTER, M. PICOLLET, M. GENTIL, M. CARIGNON, Mme MARTIN.

**Un amendement est présenté oralement par Mme PFISTER pour le groupe Grenoble en Commun, celui-ci est adopté à l'unanimité.**

**Pour : 51**

**Abstention(s) : 6 Oppositions de la Société Civile, Divers Droite et du Centre**

**Ne prend pas part au vote : 1 Nouveau Regard (Mme CHALAS)**

**Le Conseil municipal de Grenoble demande à M. le Premier ministre :**

- **D'agir au plus vite en vous rendant en Isère pour échanger avec les salariés de ces entreprises et proposer des solutions afin de maintenir l'emploi et assurer l'avenir de ces filières ;**
- **De porter une nationalisation temporaire de l'usine Vencorex.**

**Vœu : Adopté à l'unanimité**

**Pour : 51**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**Ne prend pas part au vote : 1 Nouveau Regard (Mme CHALAS)**

**VOEU N° 73-(38623)** - VOEU pour la dignité, la reconnaissance et la non-rupture des droits des Chibanis et Chibanias

Intervention(s) : Mme CAPDEPON, Mme WADELEC, M. le Maire.

**Le Conseil municipal de Grenoble demande au Président de la République et au Gouvernement :**

- de rendre aux Chibanis et Chibanias une liberté d'aller et de venir entre leur pays d'origine et la France en guise de reconnaissance pour le travail accompli et de cesser les contrôles discriminatoires sur toutes les personnes âgées immigrées ;
- de permettre aux familles issues des pays d'origine de s'installer en France pour accomplir la mission d'aidant-es auprès de leurs aîné-es, notamment Grenoblois-es ;
- de garantir un service public d'accueil des étranger-ères au sein des Préfectures pour faciliter leurs démarches administratives et éviter qu'elles ne soient captées et revendues par des réseaux frauduleux.

**Voeu : Adopté à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 2 Nouveau Regard**

**VOEU** - Voeu pour la suspension de la ZFE

Intervention(s) : M. CARIGNON, Mme CENATIEMPO, M.JUVEN.

**Voeu : repoussé**

**Pour : 8**

**Contre : 36 Grenoble en Commun + 4 Grenoble Démocratie, Ecologie et Solidarité + 4 Groupe Socialistes et Apparentés + 3 Place Publique, Social Démocrate + 1 Non-Inscrite (Mme WADELEC)**

**Abstention(s) : 2 Nouveau Regard**

**VOEU N° 74-(38626)** – VOEU contre la réintroduction des néonicotinoïdes dans l'agriculture française

Intervention(s) : Mme ZENATI.

**Dans ce contexte, le Conseil Municipal de Grenoble demande à Mme Annie Genevard, ministre de l'agriculture, et aux députés :**

- **De s'opposer à la réintroduction de l'acétamipride et des néonicotinoïdes dans l'agriculture française**

**Voeu : Adopté à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 2 Nouveau Regard**

**M. le Maire suspend la séance à 13h45 pour la pause repas.  
Reprise de la séance à 14h37.**

**DELIBERATION N° 7-(37632)** - DENOMINATIONS - Dénominations de voies, espaces et équipements publics.

Intervention (s) : Mme ZENATI, M. CARIGNON, M. CARROZ.

**Un amendement est proposé par M. CARROZ pour le groupe Grenoble en Commun, celui-ci est adopté à l'unanimité.**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver la dénomination du Parc Simone Veil ;
- d'approuver la dénomination de la place Marie Hackin, Compagnon de la Libération ;
- d'approuver la dénomination de la place Simone Michel-Lévy, Compagnon de la Libération ;
- d'approuver la dénomination de la place Marcelle Henry, Compagnon de la Libération ;
- d'approuver la dénomination de la place Tiznit, ville coopératrice du Maroc ;
- d'approuver la dénomination de l'allée Chisinau, ville coopératrice de la Moldavie ;
- d'approuver la dénomination de la place Annie Londonderry ;
- d'approuver la dénomination de l'allée Fifi Brindacier.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 8-(38229)** - ACTION INTERNATIONALE ET EUROPEENNE - Convention d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble et l'association Arménienne Echange Promotion pour l'année 2025.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention entre la ville de Grenoble et l'association "Arménie Échange et Promotion" pour l'année 2025 (annexe) ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention ;
- d'autoriser le versement d'une subvention de 30 100 € à l'association "Arménie Échange et Promotion" au titre de l'année 2025 pour les activités engagées par cette association.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Ne prend pas part au vote : 1 Place Publique, Social Démocrate (Mme AGOBIAN)**

**DELIBERATION N° 9-(37831)** - ACTION INTERNATIONALE ET EUROPEENNE - Avenant n°2 à la convention entre le Consulat d'Italie et la Ville de Grenoble pour une occupation des locaux de la Maison de l'International dans le cadre des permanences consulaires.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver l'avenant à la convention entre la ville de Grenoble et le Consulat d'Italie à Lyon (annexe);
- d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e, à signer cet avenant .

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 10-(38219)** - ACTION INTERNATIONALE ET EUROPEENNE - Avenant financier n°2 à la convention d'objectifs et de moyens en lien avec le dispositif de maîtrise d'énergie dans le cadre du plan de sobriété énergétique entre l'association 3aMIE et la ville de Grenoble.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de l'avenant n°2 à la convention d'objectifs et de moyens, à intervenir entre la ville de Grenoble et l'association 3aMIE, en annexe ;
- d'autoriser le versement de l'aide complémentaire liée à l'activité de l'association d'un montant de 4 019,08 € ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e à signer cet avenant.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 11-(38477)** - MEMOIRE - Recrutement d'un vacataire pour l'organisation d'une journée d'étude dans le cadre de la commémoration des 80 ans de la Libération.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'autoriser le recrutement de M. [REDACTED] pour une vacation afin de mener des missions globales d'organisation de la journée d'étude du 13 mai 2025, dans le cadre de la commémoration des 80 ans de la Libération ;
- d'approuver le versement d'une rémunération nette de 2 000 € (deux mille euros) pour cette vacation ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer tout document relatif à ce dossier.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 12-(38283)** - AFFAIRES CULTURELLES - Musée de Grenoble – Convention de partenariat entre la ville de Grenoble et l'Ehpad la Maison des anciens d'Echirolles.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de partenariat à intervenir entre la ville de Grenoble et l'Ehpad la Maison des Anciens d'Echirolles (annexe) ;
- d'autoriser Monsieur le Maire, ou sa-son représentant-e, à la signer.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 13-(38282)** - AFFAIRES CULTURELLES - Musée de Grenoble - Convention de dépôt d'une œuvre auprès du Musée des années 30 de Boulogne-Billancourt.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de dépôt d'une œuvre entre la ville de Grenoble et la ville de Boulogne-Billancourt auprès du Musée des Années 30 (annexe);
- d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e, à signer ladite convention.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 14-(38244)** - AFFAIRES CULTURELLES - Muséum de Grenoble – Convention de mécénat entre la Ville de Grenoble et la Fondation Kilian JORNET et convention de cession de droits d'auteur entre la ville de Grenoble et Monsieur Kilian JORNET dans le cadre de l'exposition temporaire « Rouge comme neige ».

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de mécénat, à intervenir entre la ville de Grenoble et la Fondation [REDACTED] dans le cadre de l'exposition temporaire « Rouge comme neige » en annexe n°1;
- d'approuver les termes de la convention de cession de droits d'auteur, à intervenir entre la ville de Grenoble et Monsieur [REDACTED] dans le cadre de l'exposition temporaire « Rouge comme neige » en annexe n°2;
- d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer lesdites conventions .

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 15-(38245)** - AFFAIRES CULTURELLES - Muséum de Grenoble – Convention de mise à disposition des espaces entre la ville de Grenoble et la société Jolico Events pour le compte du Commissariat à l'Energie Atomique.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention d'occupation précaire du domaine public à intervenir entre la ville de Grenoble et la société Jolico Events, en annexe;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e, à signer la convention d'occupation précaire du domaine public mettant à disposition les espaces du Muséum.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 16-(38277)** - AFFAIRES CULTURELLES - Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens 2025-2027 entre la ville de Grenoble et l'association Barbarin et Fourchu.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens 2025-2027 entre la ville de Grenoble et l'association Barbarin et Fourchu (annexe) ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 17-(38251)** - AFFAIRES CULTURELLES - Conservatoire de Grenoble – Convention portant renouvellement d'un cursus de préparation à l'entrée dans les établissements d'enseignement supérieur de la création artistique – CPES Arc Alpin.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention entre la ville de Grenoble, la ville d'Annecy, la ville de Chambéry et la Communauté d'Agglomération Porte de l'Isère, sur le cursus de préparation à l'entrée dans les établissements d'enseignement supérieur de la création artistique (annexe) ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 18-(38143)** - AFFAIRES CULTURELLES - Conventions de mise à disposition de locaux entre la ville de Grenoble et des associations du secteur culturel et conditions générales d'occupation de la salle Olivier Messiaen – document cadre et grille tarifaire associée.

Intervention (s) : Mme BOER, Mme LHEUREUX.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes des conventions de mise à disposition de locaux à titre gracieux entre la ville de Grenoble et l'association les Passagers (annexe 1);
- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition de locaux à titre gracieux au bénéfice de l'association les Musiciens du Louvre, qui annule et remplace la convention adoptée en conseil municipal du 16 décembre 2024(annexe 3);
- d'approuver la grille tarifaire pour la mise à disposition de la salle Olivier Messiaen, laquelle sera applicable à partir du 10 février 2025(annexe 6);
- d'approuver les termes de la convention cadre d'occupation du domaine public de mise à disposition de la salle Olivier Messiaen (annexe 5);
- d'approuver la convention de mise à disposition gracieuse de la salle Messiaen entre la ville de Grenoble et l'Orchestre des campus pour leurs répétitions, jusqu'au 31 décembre 2025 (annexe 5);
- d'approuver les termes de la convention cadre d'occupation du domaine public de mise à disposition à titre gracieux du studio de danse du Palais des Sports(annexe 2) ;
- d'autoriser l'affectation de la salle Olivier Messiaen au Conservatoire de Grenoble pour l'exercice de ses missions d'intérêt général communal et de service public ;
- d'autoriser Monsieur le Maire, ou sa-son représentant-e à signer les dites conventions.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 52**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 19-(38142)** - AFFAIRES CULTURELLES - Soutien aux opérateurs culturels – Attribution de subventions : contribution volontaire en nature.

Intervention (s) : Mme BOER.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver la contribution volontaire en nature de 336,39 € attribuée par la Ville de Grenoble aux associations Centre International des musiques nomades, Cinémathèque de Grenoble, Centre des Arts du récit en Isère, The Dare Night (annexe 1) ;
- d'approuver les termes des avenants liant la ville de Grenoble et les opérateur-trices structurant-es qui bénéficient d'une subvention supérieure à 23 000 € joints en annexes 2 et 3 ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e, à les signer.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 20-(38288)** - AFFAIRES CULTURELLES - Théâtre municipal - Gratuité d'accès le 13 février 2025 au spectacle 4211km pour le groupe d'habitant-es accompagné par le Pôle santé.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'approuver la gratuité au groupe d'habitant-es constitué et accompagné par le pôle santé précarité, pour le spectacle 4 211 km de la Compagnie Nouveau Jour au Théâtre municipal le 13 février 2025.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 21-(38095)** - SPORT - Conventions de mise à disposition de locaux entre la Ville de Grenoble et l'association Big Bang Ballers, et l'Union de Quartier Grenoble Confluence.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes des conventions mise à disposition de locaux entre la ville de Grenoble et les associations Big Bang Ballers (annexe 1) et l'Union de Quartier Grenoble Confluence (annexe 2);**
- d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e à signer lesdites conventions.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 22-(38067)** - SPORT - Avenants financiers aux conventions avec les associations du secteur sportif.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes des avenants financiers aux conventions d'objectifs et de moyens avec les associations sportives et figurant dans le tableau récapitulatif (annexe 1) ;**
- d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e à signer les avenants financiers (annexe 2) ;**
- de dire que les montants de subventions sont intégrés à la délibération générale d'affectation de subventions sur crédits existants de cette même séance du Conseil municipal.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 23-(38195)** - EDUCATION - Attribution des récompenses décernées aux candidat-es et règlement du concours prix Belin 2025.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les montants des récompenses décernées aux candidat-es au Prix Belin 2025 et ce conformément aux décisions de classement qui auront été arrêtées par les membres du jury et validées par le-la président-e du jury ;**
- **d'autoriser le versement des montants de récompenses et frais forfaitaires de participation aux épreuves des candidat-es au Prix Belin 2025 ;**
- **d'approuver le règlement du concours du Prix Belin 2025, annexé ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou sa-son représentant-e, à solliciter des subventions et de signer tout document afférent à ces aides.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 24-(38222)** - EDUCATION - Attribution de subventions aux coopératives scolaires.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention entre la Ville de Grenoble et l'Office Central de la Coopération à l'École de l'Isère (annexe 1), et le montant des subventions versées aux coopératives scolaires par le biais de cette convention (annexe 2) ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer cette convention ;**
- **de dire que les montants des subventions proposées sont intégrés à la délibération générale d'affectation de subventions sur crédits existants de cette même séance du Conseil municipal.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 25-(38223)** - EDUCATION - Rapprochement administratif des directions des groupes solaires Joseph Vallier (maternelle et élémentaire), Jean Jaures (maternelle et élémentaire), et des écoles Cornélie Gémond (maternelle) et Menon (élémentaire).

Intervention (s) : Mme GARNIER, M. BOUZEGHOUB, Mme BOER, Mme PFISTER, M. le Maire.

**M. le Maire suspend la séance à 15h00.**

**Reprise de la séance à 15h13.**

**Un amendement est proposé oralement par M. BOUZEGHOUB pour le groupe Socialistes et Apparentés, celui-ci est repoussé.**

**Pour : 10**

**Contre : 30 Grenoble en Commun**

**Abstention(s) : 6 Grenoble en Commun (M. BERTRAND, M. CARROZ, Mme FOUGERES, Mme PETERS, Mme PFISTER, M. SOLDEVILLE) +6 Opposition de la Société Civile, Divers Droite et du Centre + 3 Place Publique Social Démocrate +2 Nouveau Regard +1 Non-Inscrite (Mme WADELEC)**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'émettre un avis favorable au rapprochement administratif entre les écoles maternelles et élémentaires suivantes :**

- Joseph Vallier maternelle et élémentaire ;**
- Cornélie Gémond maternelle et Menon élémentaire ;**
- Jean Jaurès maternelle et élémentaire.**

**Délibération : Adoptée**

**Pour : 33**

**Contre : 6 Grenoble en Commun (M. BERTRAND, M. CARROZ, Mme FOUGERES, Mme PETERS, Mme PFISTER, M. SOLDEVILLE)**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 4 Grenoble Démocratie, Ecologie et Solidarité + 4 Groupe Socialistes et Apparentés + 2 Nouveau Regard + 2 Avenir Ensemble en Confiance + 1 Non-Inscrite (Mme WADELEC)**

**DELIBERATION N° 26-(38272) - JEUNESSE - Attribution de bourses au Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur-trice (BAFA).**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'approuver l'attribution de deux bourses du brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur-ice (BAFA), pour un montant total de 400 € aux lauréat-es mentionné-es en annexe 1.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 27-(38196) - EDUCATION POPULAIRE ET SOCIOCULTUREL - Attribution de subventions aux associations socioculturelles, ressources enfance et jeunesse.**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'approuver les subventions proposées aux associations socioculturelles, ressources, enfance & jeunesse (annexe 1) ainsi que les termes des avenants aux conventions**

**d'objectifs et de moyens entre la ville de Grenoble et les associations concernées (annexe 2 ; 4) ;**

**- d'approuver les termes de l'avenant de mise à disposition de locaux entre la ville de Grenoble et l'association de la Maison de l'Enfance Prémol (annexe 3);**

**- d'approuver les conventions financières entre la ville de Grenoble et les associations ADAJE (annexe 5) et Team Galapiats (annexe 6);**

**- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer lesdits avenants et conventions (annexes 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6);**

**- de dire que les montants des subventions proposées sont intégrés à la délibération générale d'affectation de subventions sur crédits existants de cette même séance du Conseil municipal.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 57**

**L'élu cité ci-après n' a pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel il a la qualité d'administrateur : M. SOLDEVILLE (MPT St Laurent)**

**DELIBERATION N° 28-(37307) - PERSONNEL MUNICIPAL - Transformations, créations de postes et précisions sur certains emplois.**

Intervention (s) : M. BOUTAFA, M. MERIAUX.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'autoriser les transformations et les créations de postes figurant dans les tableaux ci-annexés, présentées au Comité Social Territorial du 28 janvier 2025 ;**

**- d'autoriser l'ouverture de 7 postes permanents aux agent-es contractuel-les appartenant aux cadres d'emplois :**

- rédacteur (2)**
- attaché (3)**
- assistant socio-éducatif (1)**
- médecin (1)**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 29-(38295) - COMMUNICATION - Partenariat entre la Ville de Grenoble et le journal Le Monde pour la Biennale des villes en transition 2025.**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes du contrat d'échange et de partenariat, joint en annexe, entre la Ville de Grenoble et Le Monde, l'ensemble de cette collaboration s'élevant à 27 000 euros TTC ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e, à poursuivre l'accord de partenariat et à signer le contrat s'y reportant.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 52**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 30-(38515)** - COMMUNICATION - Présentation des rapports d'observations définitives de la chambre régionale des comptes Auvergne Rhône-Alpes relatifs à la communication

Intervention (s) : M. CARIGNON, M. FRISTOT, M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- de prendre acte de la communication du rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes Auvergne Rhône-Alpes sur la gestion de la commune de Grenoble dans le cadre de l'enquête régionale thématique relative à la communication externe des collectivités locales pour les exercices 2018 à 2024, et des débats qui se sont tenus (annexe 1);
- de prendre acte de la communication du rapport d'observations définitives régional de la chambre régionale des comptes Auvergne Rhône-Alpes relatif à la communication externe des collectivités locales, et des débats qui se sont tenus (annexe 2);
- de présenter dans un délai d'un an un bilan du plan d'actions suite aux observations et recommandations de la Chambre conformément à l'article L 243-9 du Code des juridictions financières.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 52**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 31-(38141)** - FINANCES - Présentation des comptes 2023 de l'Agence France Locale.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- de prendre acte des comptes 2023 de l'Agence France Locale – Société Territoriale, de sa filiale, l'Agence France Locale, ainsi que des comptes consolidés des deux sociétés.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité****Pour : 52****Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre****DELIBERATION N° 32-(38375) - FINANCES - Affectation de subventions sur crédits existants.****Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :****- d'approuver l'attribution de subventions dont les montants et bénéficiaires figurent ci-dessous.**

<b>Bénéficiaire</b>	<b>Conseil en cours</b>
1 CIE D'ARC DU DAUPHINE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 500,00 €
A BORD PERDU - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	213,40 €
ACCORDERIE DE GRENOBLE - 2025 - Développement social et territorial - Fonctionnement 2025 Accorderie de Grenoble	10 000,00 €
ACCUEIL AIDE ET ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS ET JEUNES ISOLES ETRANGERS VERS UNE FORMATION OU UN PROJET PROFESSIONNEL (3AMIE) - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	4 019,08 €
ADAJE FESTIVAL JEUX ESPRIT - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	9 354,02 €
AJA VILLENEUVE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	17 400,00 €
AMICALE SPORTIVE MISTRAL DRAC (ASMD) JUDO - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	5 000,00 €
ARMENIE ECHANGE ET PROMOTION - 2025 - Action internationale et européenne - La Francophonie à Sevan en 2025	30 100,00 €
ASPTT ATHLETISME - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	11 700,00 €
ASS DE PREFIGURATION D'UNE MAISON DE L'ANTHROPOCENE A GRENOBLE (APMAG) - 2025 - Loisirs et vie sociale - Fonctionnement La Madre 2025	4 000,00 €
ASS GESTION CENTRES DE SANTE DE GRENOBLE (AGECSA) - 2025 - Santé publique et environnementale - Soutien aux services de soins primaires et aux actions de prévention et de santé publique assurés par les centres de santé de l'Agecsa	733 000,00 €
ASS LES P'TITS PLATS DANS LES GRANDS - 2025 - Développement social et territorial - Fonctionnement	500,00 €

ASS MJC ABBAYE CHATELET MAISON - 2025 - Accès aux droits et solidarités - ASL MJC Abbaye 2025	14 000,00 €
ASS MJC ABBAYE CHATELET MAISON - 2025 - Développement social et territorial - Bien vivre à l'Abbaye 2025	2 200,00 €
ASSOC HABITANT ANIMATION ENFANT ADULTE (ME TEISSEIRE AHAEAT) - 2025 - Développement social et territorial - Animations de quartiers	2 200,00 €
ASSOC HABITANT ANIMATION ENFANT ADULTE (ME TEISSEIRE AHAEAT) - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	4 737,46 €
ASSOCIATION CAMAYENNE DE L'ISERE - 2024 - Autre - Subvention au projet d'accompagnement scolaire	2 100,00 €
ASSOCIATION CULTURELLE MISTRAL - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	2 622,15 €
ASSOCIATION DU CENTRE SOCIAL CHORIER BERRIAT - 2025 - Accès aux droits et solidarités - Accueil mutualisé	12 500,00 €
ASSOCIATION FUTSALL DES GEANTS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 900,00 €
ASSOCIATION LA BAJA (AUESC BAJATIERE) - 2025 - Accès aux droits et solidarités - FONCTIONNEMENT CENTRE SOCIAL	80 000,00 €
ASSOCIATION LA BAJA (AUESC BAJATIERE) - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	4 200,00 €
ASSOCIATION LA PIROGUE - 2025 - Developpement social et Territorial - Dispositif Personnes Agées	7 000,00 €
ASSOCIATION SPORTIVE GRENOBLE CATALANS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	4 300,00 €
ASSOCIATION SPORTIVE ITALIENNE ET EUROPÉENNE DE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	9 700,00 €
AVIRON GRENOBLOIS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	38 500,00 €
BARBARIN ET FOURCHU - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	2 079,68 €
BILLARD CLUB GRENOBLOIS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 300,00 €
BOXING CLUB MULTISPORTS VILLENEUVE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	4 900,00 €
Big Bang Ballers / Fonctionnement 2025	10 000,00 €
CENTRE INTERNATIONAL DES MUSIQUES NOMADES (CIMN) - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	10 252,45 €

CENTRE SPORTIF TAEKWONDO DAUPHINE MISTRAL - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	1 400,00 €
CERCLE ESCRIME LA RAPIERE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 200,00 €
CLUB D'ESCRIME PARMENTIER - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	9 400,00 €
CLUB DE GO DE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	800,00 €
CLUB DE TIR GRENOBLOIS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	1 300,00 €
CLUB SUBAQUATIQUE DE GRENOBLE-CSG - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	700,00 €
COLLECTIF DES USAGERS DE LA BIFURK - CUB - 2025 - Alimentation, environnement et condition animale - Marché Alimentaire Flaubert, local et solidaire - année 2025	10 000,00 €
COLLECTIF DES USAGERS DE LA BIFURK - CUB - 2025 - Developpement sociale et Territoriale - Projet CUB pour la Bifurk - Année 2025	50 000,00 €
COLLECTIF DES USAGERS DE LA BIFURK - CUB - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	15 368,86 €
CREARC/CENTRE DE CREATION DE RECHERCHE ET DES CULTURES - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	2 305,68 €
CUISINE SANS FRONTIÈRES - 2025 - Hospitalité - migrations et diasporas - Lutte contre les discriminations - Fête de nos dix ans -	6 000,00 €
CUISINE SANS FRONTIÈRES - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	6 145,60 €
DAUPHINE TAEKWONDO CLUB - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	900,00 €
DOJO GRENOBLOIS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	6 000,00 €
ECHIQUIER GRENOBLOIS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	6 700,00 €
Ecole élémentaire Les Genets Coopérative Scolaire	3 573,00 €
Élémentaire Clemenceau Coopérative Scolaire	3 467,00 €
Élémentaire Ampère Coopératives Scolaires	3 480,00 €
Élémentaire Anatole France Coopérative Scolaire	3 748,00 €
Élémentaire Anthoard Coopérative Scolaire	3 997,00 €

ELEMENTAIRE BAJATIERE COOPERATIVE SCOLAIRE	2 336,00 €
ELEMENTAIRE BEAUVERT COOPERATIVE SCOLAIRE	4 027,00 €
ELEMENTAIRE BIZANET COOPERATIVE SCOLAIRE	2 897,00 €
ELEMENTAIRE CHRISTOPE TURC COOPERATIVE SCOLAIRE	4 738,00 €
ELEMENTAIRE DAUDET COOPERATIVES SCOLAIRES	3 511,00 €
ELEMENTAIRE DIDEROT COOPERATIVE SCOLAIRE	2 057,00 €
ELEMENTAIRE ELISEE CHATIN COOPERATIVE SCOLAIRE	3 706,00 €
ELEMENTAIRE FERDINAND BUISSON COOPERATIVE SCOLAIRE	3 433,00 €
ELEMENTAIRE GRAND CHATELET COOPERATIVE SCOLAIRE	3 648,00 €
ELEMENTAIRE HOUILLE BLANCHE COOPERATIVE SCOLAIRE	4 175,00 €
ELEMENTAIRE JARDIN DE VILLE COOPERATIVE SCOLAIRE	1 872,00 €
ELEMENTAIRE JEAN JAURES COOPERATIVE SCOLAIRE	3 514,00 €
ELEMENTAIRE JEAN RACINE COOPERATIVE SCOLAIRE	4 328,00 €
ELEMENTAIRE JOSEPH VALLIER COOPERATIVE SCOLAIRE	2 987,00 €
ELEMENTAIRE JULES FERRY COOPERATIVE SCOLAIRE	3 914,00 €
ELEMENTAIRE LA FONTAINE COOPERATIVE SCOLAIRE	3 026,00 €
ELEMENTAIRE LE LAC COOPERATIVE SCOLAIRE	3 316,00 €
ELEMENTAIRE LE VERDERET COOPERATIVE SCOLAIRE	3 918,00 €
ELEMENTAIRE LEON JOUHAUX COOPERATIVE SCOLAIRE	4 288,00 €
ELEMENTAIRE LES BUTTES COOPERATIVE SCOLAIRE	2 482,00 €
ELEMENTAIRE LES TREMBLES COOPERATIVE SCOLAIRE	3 028,00 €
ELEMENTAIRE LIBÉRATION COOPERATIVE SCOLAIRE	2 950,00 €
ELEMENTAIRE LUCIE AUBRAC COOPERATIVE SCOLAIRE	4 221,00 €
ELEMENTAIRE MALHERBE COOPERATIVE SCOLAIRE	4 689,00 €
ELEMENTAIRE MARIANNE COHN COOPERATIVE SCOLAIRE	2 383,00 €
ELEMENTAIRE MENON COOPERATIVE SCOLAIRE	3 819,00 €
ELEMENTAIRE NICOLAS CHORIER COOPERATIVE SCOLAIRE	2 635,00 €
ELEMENTAIRE PAUL BERT COOPERATIVE SCOLAIRE	3 092,00 €
ELEMENTAIRE PAUL PAINLEVÉ COOPERATIVE SCOLAIRE	3 427,00 €
ELEMENTAIRE PORTE ST LAURENT COOPERATIVE SCOLAIRE	1 827,00 €
ELEMENTAIRE SIDI BRAHIM COOPERATIVE SCOLAIRE	3 017,00 €
ELEMENTAIRE SIMONE LAGRANGE COOPERATIVE SCOLAIRE	3 792,00 €
EPISOL - 2025 - Alimentation, environnement et condition animale - EPISOL	93 000,00 €

ACTEUR CENTRAL DE LA SOLIDARITE ALIMENTAIRE A GRENOBLE

ET POURQUOI PAS ? - 2025 - Développement social et territorial - 8 000,00 €  
FONCTIONNEMENT

FC ALLOBROGES ASAFIA - 2025 - Sport - Demande de subvention - 15 600,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE ALP 38 - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement 30 400,00 €  
annuel

GRENOBLE ALPES BADMINTON GAB 38 - 2025 - Sport - Demande de subvention - 9 600,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE ALPES CANOE-KAYAK - 2025 - Sport - Demande de subvention - 5 600,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE ALPES INITIATIVE ACTIVE - 2025 - Développement social et territorial 21 000,00 €  
- Ambition Jeunesse

GRENOBLE BASEBALL SOFTBALL GRIZZLYS (AGBS) - 2025 - Sport - Demande de 4 400,00 €  
subvention - Fonctionnement annuel

GRENOBLE BASKET 38 - 2025 - Sport - Demande de subvention - 23 900,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE BAYARD ECHECS - 2025 - Sport - Demande de subvention - 700,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE GYMNASTIQUE - 2025 - Sport - Demande de subvention - 27 000,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE HANDISPORT - 2025 - Sport - Demande de subvention - 9 200,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE ISERE MÉTROPOLE PATINAGE (GIMP) - 2025 - Sport - Demande de 7 100,00 €  
subvention - Fonctionnement annuel

GRENOBLE KARATE ACADEMY - 2025 - Sport - Demande de subvention - 3 700,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE KARATE CLUB - 2025 - Sport - Demande de subvention - 800,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE METROPOLE CYCLISME 38 - 2025 - Sport - Demande de subvention - 3 900,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE OLYMPIQUE LUTTE - 2025 - Sport - Demande de subvention - 1 400,00 €  
Fonctionnement annuel

GRENOBLE SAINT MARTIN D'HERES METROPOLE 38 HANDBALL-GSMH38 - 2025 - 33 400,00 €  
Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel

GRENOBLE UNIVERSITE CLUB - SAINT MARTIN D'HERES RUGBY - 2025 - Sport - 7 600,00 €  
Demande de subvention - Fonctionnement annuel

GRENOBLE UNIVERSITE CLUB SECTION BANDO KICK BOXING - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 300,00 €
GRENOBLE UNIVERSITE CLUB SECTION ESCRIME - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 800,00 €
GRENOBLE UNIVERSITÉ CLUB SECTION LAWN TENNIS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	11 300,00 €
GRENOBLE VILLE GYM ET RANDO - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	1 100,00 €
GRENOBLE VOLLEY UNIVERSITE CLUB (GVUC) - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	75 800,00 €
GUC ATHLETISME - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	22 300,00 €
GUC COURSE D'ORIENTATION - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	1 400,00 €
GUC FOOTBALL FEMININ - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	700,00 €
GUC JUDO CLUB DE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	33 600,00 €
GUC RUGBY - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	3 500,00 €
GUC TRIATHLON - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	800,00 €
HOCKEY CLUB DE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	4 800,00 €
IMMIGRES ITALIENS - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	1 030,64 €
INFO JEUNES 38 - 2025 - Jeunesse - Fonctionnement	67 400,00 €
KARATE GRENOBLE HOICHE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	1 400,00 €
KIAP - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	600,00 €
L'AGE D'OR - 2025- Accès aux droits et solidarités - Fonctionnement 2025	37 500,00 €
L'ANTIJETTE - 2025 - Développement social et territorial - Subvention de fonctionnement	1 500,00 €
LE PETIT ANGLE - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	3 147,64 €
LE SAMOURAI - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	800,00 €
LEFOP-LIEU D'ETUDE ET DE FORMATION PERSONNALISEE - 2025 - Dvpt	4 000,00 €

territorial et social - Accompagnement d'adultes en situation d'illettrisme dans leur désir de réapprendre les savoirs de base (lire	
LES CENTAURES FOOTBALL AMERICAIN - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	8 200,00 €
LES MONKEY - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 900,00 €
LES PRODUCTIONS DU BAZAR - 2025 - Action internationale et européenne - Tamos Juntos - On est ensemble !	4 000,00 €
MAISON DE L'ARCHITECTURE DE L'ISERE - 2025 - Architecture - urbanisme - Programmation 2025	8 000,00 €
MAISON JEUNES CULTURE EAUX CLAIRES - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	5 793,24 €
MAISON POUR TOUS SAINT LAURENT - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	5 752,50 €
MATERNELLE JARDIN DE VILLE COOPERATIVE SCOLAIRE	1 256,00 €
MATERNELLE JEAN JAURES COOPERATIVE SCOLAIRE	1 890,00 €
MATERNELLE JEAN RACINE COOPERATIVE SCOLAIRE	3 380,00 €
MATERNELLE JOSEPH VALLIER COOPERATIVE SCOLAIRE	1 845,00 €
MATERNELLE JULES FERRY COOPERATIVE SCOLAIRE	2 627,00 €
MATERNELLE JULES VERNE / MILLET COOPERATIVE SCOLAIRE	2 192,00 €
MATERNELLE ALPHONSE DAUDET COOPERATIVE SCOLAIRE	2 772,00 €
MATERNELLE AMPÈRE COOPERATIVE SCOLAIRE	1 604,00 €
MATERNELLE ANATOLE FRANCE COOPERATIVE SCOLAIRE	2 854,00 €
MATERNELLE BAJATIÈRE COOPERATIVE SCOLAIRE	1 513,00 €
MATERNELLE BEAUVERT COOPERATIVE SCOLAIRE	3 171,00 €
MATERNELLE BERRIAT COOPERATIVE SCOLAIRE	2 164,00 €
MATERNELLE BIZANET COOPERATIVE SCOLAIRE	2 063,00 €
MATERNELLE BUFFON COOPERATIVE SCOLAIRE	1 495,00 €
MATERNELLE BUTTES COOPERATIVE SCOLAIRE	2 154,00 €
MATERNELLE COLONEL DRIANT COOPERATIVE SCOLAIRE	2 301,00 €
MATERNELLE CORNÉLIE GÉMOND COOPERATIVE SCOLAIRE	1 626,00 €
MATERNELLE DIDEROT COOPERATIVE SCOLAIRE	1 601,00 €
MATERNELLE FERDINAND BUISSON COOPERATIVE SCOLAIRE	2 116,00 €
MATERNELLE FLORENCE ARTHAUD COOPERATIVE SCOLAIRE	1 795,00 €
MATERNELLE GRAND CHATELET COOPERATIVE SCOLAIRE	2 830,00 €
MATERNELLE HOUILLE BLANCHE COOPERATIVE SCOLAIRE	1 874,00 €

MATERNELLE LA FONTAINE COOPERATIVE SCOLAIRE	2 365,00 €
MATERNELLE LA RAMPE COOPERATIVE SCOLAIRE	2 726,00 €
MATERNELLE LE LAC COOPERATIVE SCOLAIRE	2 693,00 €
MATERNELLE LE VERDERET COOPERATIVE SCOLAIRE	2 710,00 €
MATERNELLE LES FRENES COOPERATIVE SCOLAIRE	2 474,00 €
MATERNELLE LIBÉRATION COOPERATIVE SCOLAIRE	2 237,00 €
MATERNELLE LÉON JOUHAUX COOPERATIVE SCOLAIRE	3 350,00 €
MATERNELLE MALHERBE/G. PHILIPPE COOPERATIVE SCOLAIRE	3 695,00 €
MATERNELLE MARCEAU COOPERATIVE SCOLAIRE	2 300,00 €
MATERNELLE MARIE REYNOARD COOPERATIVE SCOLAIRE	3 191,00 €
MATERNELLE NICOLAS CHORIER COOPERATIVE SCOLAIRE	1 741,00 €
MATERNELLE PAUL BERT COOPERATIVE SCOLAIRE	2 229,00 €
MATERNELLE PAUL PAINLEVÉ / SAVANE COOPERATIVE SCOLAIRE	2 013,00 €
MATERNELLE PORTE ST LAURENT COOPERATIVE SCOLAIRE	1 544,00 €
MATERNELLE SIDI BRAHIM COOPERATIVE SCOLAIRE	2 082,00 €
MATERNELLE SIMONE LAGRANGE COOPERATIVE SCOLAIRE	2 681,00 €
MATERNELLE ÉLISÉE CHATIN COOPERATIVE SCOLAIRE	2 393,00 €
ME PREMOL - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	2 448,68 €
ME PREMOL Aide exceptionnelle de reprise activité	30 000,00 €
MEYLAN GRENOBLE HANDIBASKET - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 600,00 €
MISTRAL FOOTBALL CLUB - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	10 300,00 €
MJC ALLOBROGES - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	9 209,10 €
MJC LUCIE AUBRAC - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	4 883,06 €
MJC PARMENTIER - 2025 - Développement social et territorial - Espace de Vie Social Presqu'île aux trésorts	23 000,00 €
MJC PARMENTIER - 2025 - Développement social et territorial - Les Jeudis de Marliave	4 000,00 €
ODTI (OBSERVATOIRE SUR DISCRIMINATIONS ET TERRITOIRES I ...) - 2025 - Hospitalité - migrations et diasporas - fonctionnement	118 000,00 €
ORIENT'ALP GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention -	600,00 €

Fonctionnement annuel

RAID'ALP GRENOBLE, CLUB DE RAID MULTISPORTS DE NATURE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	800,00 €
RING GRENOBLOIS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	7 000,00 €
ROLLER DERBY 38-THE CANNIBAL MARMOTS - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	2 300,00 €
SENTINELLES DES ALPES - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	11 600,00 €
SEXY BEAUTE - 2024 - Développement social et territorial - Subvention de fonctionnement 2025	400,00 €
SHIN-DO KARATE SHOTOKAN - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	1 400,00 €
SKI NAUTIQUE CLUB DU BOIS FRANCAIS (SNCFBG) - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	3 000,00 €
SOCIETE DE TIR DE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	3 200,00 €
TEAM LES GALAPIATS - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	6 279,92 €
TENNIS CLUB VILLENEUVE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	1 400,00 €
TENNIS DE TABLE LA TRONCHE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	7 000,00 €
THEATRE ON RACONTE L'EVENEMENT (TORE) - 2025 - Hospitalité - migrations et diasporas - Permis de rêver à tous les citoyens du monde	1 500,00 €
TOUCH GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	600,00 €
TRAMPOLINE CLUB DAUPHINE TCD - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	8 300,00 €
UNION DES HABITANTS DU QUARTIER EXPOSITION-BAJATIÈRE - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	39,52 €
UNION SPORTIVE ABBAYE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	6 600,00 €
UNION SPORTIVE ABBAYE GRENOBLE - 2025 - Autre - AIDE COMPLEMENTAIRE AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT	469,30 €
USVO FOOTBALL - UNITE SPORTIVE VILLAGE OLYMPIQUE GRENOBLE - 2025 - Sport - Demande de subvention - Fonctionnement annuel	9 200,00 €
YETI'S GRENOBLE ROLLER HOCKEY - 2025 - Sport - Demande de subvention	4 200,00 €

Fonctionnement annuel

**Total**

**2 277 416,98 €**

**Vote séparé sur la subvention à l'AGECSA :**

**Adoptée à l'unanimité.**

**Pour : 55**

**Ne prend pas part au vote : 1 Groupe Socialistes et Apparentés (M. BOUZEGHOUB)**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : M. KADA, Mme PFISTER**

**Sur le reste de la délibération :**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 56**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : M. SOLDEVILLE (MPT St Laurent), Mme FOUGERES (ODTI)**

**DELIBERATION N° 33-(38505) - FINANCES - Demande de subvention au titre de la Dotation de soutien à l'investissement local (DSIL) pour le financement de l'opération de réaménagement de la Grande Esplanade.**

Intervention (s) : M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver le plan de financement prévisionnel actualisé du projet de réaménagement de la Grande Esplanade ;**
- d'approuver l'actualisation de la demande de subvention et son dépôt, au titre de la Dotation de soutien à l'investissement local (DSIL) de l'opération : « réaménagement de la Grande Esplanade » ;**
- d'approuver le dépôt de tout autre dossier de demande de financement concernant ce projet auprès de tout autre financeur (Fonds National d'Archéologie Préventive, Agence de l'Eau...);**
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e, à signer tous documents et conventions liés aux demandes de financements pour ce projet.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 52**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 34-(38065)** - FINANCES - Octroi de garantie à certains créanciers de l'Agence France Locale pour l'année 2025.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'octroyer la Garantie de la Ville de Grenoble dans les conditions suivantes aux titulaires de documents ou titres émis par l'Agence France Locale, les Bénéficiaires :**

- le montant maximal de la Garantie pouvant être consenti pour l'année 2025 est égal au montant maximal des emprunts que la Ville de Grenoble est autorisée à souscrire pendant l'année 2025 ;**
- la durée maximale de la Garantie correspond à la durée du plus long des emprunts détenu par la Ville de Grenoble pendant l'année 2025 auprès de l'Agence France Locale augmentée de 45 jours ;**
- la Garantie peut être appelée par chaque Bénéficiaire, par un-e représentant-e habilité-e d'un ou de plusieurs Bénéficiaires ou par la Société Territoriale ; et**
- si la Garantie est appelée, la ville de Grenoble s'engage à s'acquitter des sommes dont le paiement lui est demandé, dans un délai de 5 jours ouvrés.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : Mme FOUGERES, M. FRISTOT**

**DELIBERATION N° 35-(38310)** - ADMINISTRATION GENERALE - Frais de mission des élu-es au titre de mandat spécial.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- de conférer le caractère de mandat spécial au déplacement ci-après :**

- Du 21 au 24/01/2025 : à VILNIUS (Lituanie) : Cérémonie d'ouverture de l'Année capitale verte et rencontres du réseau Capitale Verte Européenne (CVE) : Opportunité de créer des réseaux avec les collectivités locales européennes et renforcer le rôle de la ville dans le réseau CVE et dans la Troika.**

**Mme Margot BELAIR**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 36-(37802)** - ADMINISTRATION GENERALE - Compagnie de Chauffage Intercommunale de l'Agglomération Grenobloise (CCIAG) - Création de deux filiales.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver la création de la filiale « CCIAG NEWCO » par la Société d'Economie Mixte (SEM) Compagnie de Chauffage Intercommunale de l'Agglomération Grenobloise (CCIAG) ;
- d'approuver la création de la filiale « CCIAG RE » par la SEM CCIAG.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 46**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : M. CHASTAGNER, M. CONFESSON, M. FRISTOT, Mme OLMOS, Mme PETERS, Mme PFISTER**

**DELIBERATION N° 37-(38238)** - ADMINISTRATION GENERALE - Société d'économie mixte (SEM) Gaz et Electricité de Grenoble (GEG) - Autorisation de prise de participation de la filiale GEG ENeR dans deux sociétés.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver la prise de participation de Gaz Électricité de Grenoble (GEG) ENeR filiale de GEG SE dans une société qui reste à créer pour porter le projet hydroélectrique situé sur la commune d'Arvillard ;
- d'approuver la prise de participation de Gaz Électricité de Grenoble (GEG) ENeR filiale de GEG SE dans la société qui reste à créer pour porter le projet éolien situé sur la commune de Lucenay-les Aix.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 51**

**Ne prennent pas part au vote : 1 Grenoble en Commun (Mme DESLATTES) + 2 Groupe Socialistes et Apparentés (M. BOUZEGHOUB, M. PICOLLET) + 1 Place Publique, Social Démocrate (M. ALLOTTO)**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : M. CONFESSON, M. FRISTOT, Mme TAVEL**

**DELIBERATION N° 38-(37748)** - HYGIENE ET SANTE PUBLIQUE - Convention de partenariat, d'objectifs et de moyens entre l'Education nationale et la Ville de Grenoble relative à la santé

scolaire pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires publiques et privées sous contrat de la Ville de Grenoble

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'adopter les termes de la convention entre la Ville de Grenoble et l'Éducation nationale relative à la santé scolaire pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires publiques et privées sous contrat de la Ville de Grenoble pour l'année 2025 ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ladite convention ;**
- **d'autoriser la perception des recettes correspondantes versées par l'Éducation nationale pour 2025 et les années suivantes.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 39-(38140)** - HYGIENE ET SANTE PUBLIQUE - Convention entre l'Établissement Français du Sang (EFS), l'Union Départementale des Donneurs de Sang Bénévoles de l'Isère et la Ville de Grenoble

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention entre l'Établissement Français du Sang, l'Union Départementale des Donneurs de Sang Bénévoles de l'Isère et la Ville de Grenoble ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 40-(37798)** - HYGIENE ET SANTE PUBLIQUE - Convention de mise à disposition gratuite du domaine public entre la Ville de Grenoble et l'Association de Gestion des Centres de Santé (AGECSA)

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention de mise à disposition gratuite du domaine public, entre la Ville de Grenoble et l'association Association de Gestion des Centres de Santé (AGECSA), permettant la mise à disposition de locaux bruts à l'association AGECSA, locaux sis 7 rue Maurice DAUDERO ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 56**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : M. KADA, Mme PFISTER**

**DELIBERATION N° 41-(38309)** - HYGIENE ET SANTE PUBLIQUE - Avenant financier à la convention de partenariat, d'objectifs et de moyens 2023-2025 entre la Ville de Grenoble et l'Association de Gestion des Centres de Santé (AGECSA) - Versement de la subvention 2025.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver l'avenant financier 2025 à la convention pluriannuelle entre la Ville de Grenoble et l'Association de Gestion des Centres de Santé (AGECSA) ;
- d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ledit avenant ;
- d'attribuer à l'association AGECSA le versement d'une subvention de fonctionnement d'un montant de 733 000 euros pour l'année 2025.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 56**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : M. KADA, Mme PFISTER**

**DELIBERATION N° 42-(38349)** - HYGIENE ET SANTE PUBLIQUE - Convention de mise à disposition gratuite de locaux entre la Ville de Grenoble et l'association Chrysallis

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition gratuite de locaux entre la Ville de Grenoble et l'association Chrysallis (locaux sis 18 allée de l'école VAUCANSON);
- d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ladite convention.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 43-(38139)** - URBANISME AMENAGEMENT - Renouvellement urbain de la Villeneuve - Transfert par la Ville de Grenoble à Grenoble-Alpes Métropole de la galerie technique et de la galerie piétonne des criques centre et sud du quartier de l'Arlequin dans le cadre du plan de sauvegarde de l'Arlequin.

Intervention (s) : M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver le transfert en pleine propriété, à titre gratuit, par la Ville de Grenoble à Grenoble-Alpes Métropole au titre de ses compétences, des assiettes foncières des galeries piétonne et technique de la crique centre et de la crique sud de l'Arlequin sur la commune de Grenoble, correspondant aux emprises teintées en jaune sur le plan de situation et selon le détail des divisions parcellaires selon les tableaux ci-annexés ;
- de confirmer l'engagement de la Ville de Grenoble de conduire avec Grenoble-Alpes Métropole la mise en volume de la galerie piétonne et technique de la crique centre et de la crique sud de l'Arlequin sur la commune de Grenoble, sur les adresses concernées par le Plan de Sauvegarde 2 dans un premier temps puis sur l'ensemble de l'Arlequin dans un second temps ;
- d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer l'acte authentique relatif à ce transfert de propriété ainsi que tout document nécessaire pour finaliser cette opération.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 44-(38352)** - URBANISME AMENAGEMENT - Actions entreprises suite au rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes Auvergne-Rhône-Alpes relatif à l'enquête nationale sur les services rendus aux demandeurs de permis de construire.

Intervention (s) : M. CARIGNON, M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- de prendre acte de la présentation des actions entreprises par la Ville de Grenoble, suite au rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes Auvergne-Rhône-Alpes concernant l'enquête nationale sur les services rendus aux demandeurs de permis de construire.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 52**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 45-(38293)** - URBANISME AMENAGEMENT - Gren' de Projets : Chapelle de l'Adoration, rue Voltaire : Protocole partenarial entre la Ville de Grenoble et l'association Grenoble LAB

Intervention (s) : Mme BENTALEB, Mme BELAIR, M.CONFESSON, M. le Maire, Mme SCHUMAN.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes du protocole partenarial entre la Ville de Grenoble et l'association Grenoble LAB ;
- d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ledit protocole.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 46-(38289)** - URBANISME CESSIONS ACQUISITIONS - Etablissement Public Foncier Local du Dauphiné (EPFL-D) - Sortie de portage du bien sis 29 rue de la Magnanerie, dans le but de créer 11 logements sociaux.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver la cession par l'Établissement Public Foncier Local du Dauphiné (EPFL-D) de l'immeuble sis 29 rue de la Magnanerie, cadastré section AX n° 271 et 272, d'une superficie de 636m<sup>2</sup>, à Actis, opérateur choisi pour mener à bien l'opération de rénovation amélioration afin de créer 11 logements aidés ;

- de s'engager à financer, auprès de l'EPFL-D, après minoration de celui-ci à hauteur de 181 828 € HT, 50 % du reste à charge éventuel du déficit du portage, soit environ 163 277 € à charge de la Ville, étant précisé que Grenoble-Alpes Métropole participe au déficit de l'opération à hauteur de 163 277 €.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 47-(38292)** - URBANISME CESSIONS ACQUISITIONS - Établissement Public Foncier du Dauphiné (EPFL-D) - Sortie de portage du bien sis 66 cours Jean Jaurès, dans le but de créer 8 logements sociaux.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver la cession par l'Établissement Public Foncier du Dauphiné (EPFL-D) de l'immeuble sis 66 cours Jean Jaurès, cadastré section CM 12 d'une superficie de 195 m<sup>2</sup>, à Actis, opérateur choisi pour mener à bien l'opération de rénovation amélioration afin de créer 8 logements aidés ;

- de s'engager à financer, auprès de l'EPFL-D, après minoration de celui-ci à hauteur de 86 168 €, 2/3 du reste à charge éventuel du déficit du portage, à hauteur d'environ 59 790 €

à charge de la Ville de Grenoble, étant précisé que Grenoble-Alpes Métropole participe à hauteur de 1/3 au déficit de l'opération soit 29 895 €.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 48-(38313)** - URBANISME CESSIONS ACQUISITIONS - Cession de la propriété cadastrée HS 196 située 1 rue Roger Ronserail à Grenoble

Intervention (s) : Mme BENSE.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver la cession de la propriété cadastrée HS 196 située 1 rue Roger Ronserail, à Monsieur [REDACTED] et Madame [REDACTED] avec les prescriptions réglementaires nécessaires ;
- de dire que le prix de cession du bien est fixé à 250 000 € (deux cent cinquante mille euros) net vendeur ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou sa-son représentant-e à signer tout document relatif à cette cession et notamment l'acte de vente.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 56**

**Abstention(s) : 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 49-(38302)** - PATRIMOINE MUNICIPAL - Convention de mise à disposition à titre gratuit de deux appartements entre la Ville de Grenoble et le Centre Communal d'Action Sociale

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition à titre gratuit entre la Ville de Grenoble et le Centre Communal d'Action Sociale de Grenoble ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention.

**Délibération : Adoptée**

**Pour : 52**

**Contre : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 50-(38412)** - PATRIMOINE MUNICIPAL - Relogement d'associations de la Maison de la Vie Associative et Citoyenne - Mise à disposition de bureaux pour les associations ANCRAGES, Association Sportive et culturelle des Toujours Actifs, Centre d'Informations sur les Droits des Femmes et des Familles Rhône Arc Alpin Interdépartemental et Sos Inceste pour revivre - Prolongation de la mise à disposition de bureaux de la MVAC au bénéfice de la Fédération Départementale de l'Isère de la Confédération Nationale du Logement

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes des conventions de mise à disposition entre la Ville de Grenoble et les Associations nommées ci-avant, annexées à la présente délibération,**
- **d'autoriser Monsieur le Maire à signer lesdites conventions.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 52**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 51-(38182)** - DOMAINE PUBLIC - Foire des rameaux 2025 - Tarifs droits de place et autres attributs

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les tarifs de la Foire des Rameaux 2025 tels que définis en annexe 1 à la présente délibération.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 50**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre + 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 52-(38183)** - AGRICULTURE URBAINE - Prise de participation de la Ville de Grenoble au capital social de la Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC) "Mille Pousses" en faveur de l'insertion professionnelle et de l'agroécologie, et désignation d'un-e représentant-e à l'assemblée générale

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver l'entrée de la Ville de Grenoble en tant que sociétaire dans le collège « Acteurs Publics » au sein de la Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC) « Mille Pousses », domiciliée 7 Rue Corot, 38 100 Grenoble ;**
- **d'approuver la prise de participation de la Ville de Grenoble au capital social de la SCIC « Mille Pousses », à hauteur de 5 000 €, et son versement à la SCIC sous forme d'entrée au capital ;**

- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer les bulletins de souscription (annexe 2) correspondant à l'achat de 200 parts sociales d'un montant de 25 € chacune ;
- de désigner comme représentante de la Ville de Grenoble au sein de l'assemblée générale de la SCIC Mme Anne Sophie OLMOS, et de l'autoriser, dans le cas où elle serait élue par l'assemblée générale au Conseil Coopératif, d'y siéger pour représenter la Ville ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à prendre toutes décisions, dans le cadre de ses attributions et de sa délégation générale, pour l'exécution de la présente délibération.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 55**

**Abstention(s) : 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**L'élue citée ci-après n'a pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel elle a la qualité d'administrateur : Mme OLMOS**

**DELIBERATION N° 53-(38367)** - ALIMENTATION - Avenants financiers aux conventions d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble avec les associations « Episol » et le « Collectif des Usagers de la Bifurk » (CUB)

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes des avenants aux conventions entre la Ville de Grenoble et les associations « Episol » et « Collectif des Usagers de la Bifurk » ;
- d'autoriser le versement aux structures ci-dessous :
  - à l'association Episol d'une subvention de fonctionnement de 93 000 € pour l'année 2025 ;
  - à l'Association « Collectif des Usagers de la Bifurk » d'une subvention de fonctionnement complémentaire de 10 000 € pour l'année 2025.
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer les avenants financiers tels que soumis en annexes à la délibération.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 56**

**Abstention(s) : 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 54-(38174)** - ALIMENTATION - Convention constitutive de groupement de commandes entre la Ville de Grenoble et la Ville d'Echirolles relative au lancement d'une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'étude de la mutualisation de la cuisine centrale

Intervention (s) : M. GENTIL, M. le Maire.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver la convention constitutive d'un groupement de commandes entre la Ville de Grenoble et la Ville d'Échirolles, en vue de la passation d'un marché public relatif au lancement d'une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'étude de la mutualisation d'une nouvelle cuisine centrale ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 56**

**Abstention(s) : 2 Avenir Ensemble en Confiance**

**DELIBERATION N° 55-(38312) - PREVENTION SECURITE - Validation de l'Avant-projet du Programme d'Actions de Prévention des Inondations du Drac (PAPI Drac) et du scénario retenu entre le Rondeau et le pont du Vercors.**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver le schéma d'aménagement intégré du Drac défini au stade avant-projet sur la traversée de Grenoble ;**
- **d'approuver le scénario AVP ter pour la traversée urbaine du Drac entre le Rondeau et le pont du Vercors sur la traversée de Grenoble.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 52**

**Abstention(s) : 6 Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**

**DELIBERATION N° 56-(38225) - ENVIRONNEMENT - Convention de reprise des piles et accumulateurs portables usagés entre la Ville de Grenoble et la société Corepile**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention de reprise des piles et accumulateurs portables usagés entre la Ville de Grenoble et la Société Corepile ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ladite convention ;**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 57-(38350)** - AMENAGEMENT ESPACES PUBLICS - Réaménagement du quai Charpenay - Convention de co-maîtrise d'ouvrage entre Grenoble Alpes Métropole, la Ville de Grenoble et la Ville de La Tronche

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention de co-maîtrise d'ouvrage entre la Ville de Grenoble, la Ville de la Tronche et Grenoble-Alpes Métropole pour le réaménagement du quai Charpenay ;**
- **d'approuver le montant de la participation de la Ville de Grenoble à hauteur de 9 224,44 € TTC ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire, ou son-sa représentant-e, à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 58-(38267)** - ACTION SOCIALE - Convention d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble et l'association ODTI "Observatoire sur les discriminations et les territoires interculturels"

Intervention (s) : Mme WADELEC.

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention d'objectifs et de moyens 2025 entre la Ville de Grenoble et l'association ODTI "Observatoire sur les discriminations et les territoires interculturels";**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention ;**
- **d'attribuer à l'ODTI le versement d'une subvention de fonctionnement d'un montant de 118 000€ pour l'année 2025.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 57**

**L'élue citée ci-après n'a pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel elle a la qualité d'administrateur : Mme FOUGERES**

**DELIBERATION N° 59-(38118)** - ACTION SOCIALE - Convention de mise à disposition précaire et gratuite de locaux entre la Ville de Grenoble et l'Association Toustes pour un toit

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition précaire et gratuite d'une maison sise 15 rue Émile Zola entre la Ville de Grenoble, son Centre Communal d'Action Sociale et l'association Toustes pour un toit ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentante à signer ladite convention.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 60-(36568)** - ACTION SOCIALE - Convention d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble et l'association Et Pourquoi Pas?

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble et l'Association « Et Pourquoi Pas »? ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention ;
- d'attribuer à l'association « Et Pourquoi Pas ? », une subvention de fonctionnement de 8 000€ pour l'année 2025.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 61-(37565)** - ACTION SOCIALE - Avenants financiers entre la Ville de Grenoble et les associations La Pirogue, La Baja, l'Association du Centre Social Chorier Berriat, la Maison des Jeunes (MJC) Parmentier, L'Accorderie, La Maison des Jeunes (MJC) Abbaye, la Maison de l'enfance Teisseire et l'Age d'or

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes des avenants financiers aux conventions d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble et les associations La Pirogue, La Baja, l'Association du Centre Social Chorier Berriat, la Maison des Jeunes (MJC) Parmentier, L'Accorderie, La Maison des Jeunes (MJC) Abbaye, la Maison de l'enfance Teisseire et l'Age d'or ;
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer lesdits avenants financiers.

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 62-(38192)** - ACTION SOCIALE - Convention de partenariat relative au déploiement d'une démarche d'alliance territoriale en faveur de la jeunesse défavorisée de Grenoble : la « Dotation d'Action Territoriale » (DAT) entre la Ville de Grenoble, l'Institut Break Poverty et l'association Grenoble Alpes Initiative Active

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes de la convention entre la Ville de Grenoble, l'association Institut Break Poverty et l'association Grenoble Alpes Initiative Active ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention ;**
- **d'autoriser Monsieur le Maire à verser à l'association Grenoble Alpes Initiative Active une subvention de 21 000 € au titre de la dotation d'action territoriale 2025.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 63-(38057) - ACTION SOCIALE - Mise à jour de la liste des salles et de leurs règlements intérieurs gérées par la Direction du Développement Social et Territorial au sein des Maisons des Habitants de la Ville de Grenoble**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver la nouvelle liste des salles municipales gérées par la Direction du développement social et territorial (Annexe 1) ;**
- **d'approuver l'ajout des règlements intérieurs des nouvelles salles, en annexes de cette délibération.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 64-(37790) - ACTION SOCIALE - Conventions d'objectifs et de financement de la Bourse du Travail entre Grenoble-Alpes Métropole, le Département de l'Isère et la Ville de Grenoble, pour l'exercice 2025.**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- **d'approuver les termes des conventions d'objectifs et de financement de la Bourse du Travail entre Grenoble-Alpes Métropole, le Département de l'Isère et la Ville de Grenoble, pour l'année 2025 ;**
- **d'approuver le budget prévisionnel annuel de la Bourse du Travail ;**
- **d'autoriser la Ville de Grenoble à percevoir les participations financières des partenaires (100 000 euros de Grenoble Alpes Métropole et 90 000 euros du Département de l'Isère);**
- **d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer lesdites conventions.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 56**

**Les élu-es cité-es ci-après n'ont pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel ils/elles ont la qualité d'administrateur : M. MERIAUX, Mme PANTEL**

**DELIBERATION N° 65-(38291) - ACCES AUX DROITS - Convention de partenariat entre la Ville de Grenoble et la Maison de la justice et du droit 2025-2027**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de partenariat entre la Ville de Grenoble et la Maison de la Justice et du Droit pour les années 2025 à 2027 ;**
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 66-(37836) - LOCAUX ASSOCIATIFS - Convention de mise à disposition gratuite d'un local entre la Ville de Grenoble et l'association Pignon sur Roue 2025-2027**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition de locaux entre la Ville de Grenoble et l'association Pignon sur Roue (local sis 9 allée des Frênes);**
- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 67-(38079) - LOCAUX ASSOCIATIFS - Avenants aux conventions de mise à disposition de locaux et d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble et le Collectif des Usagers de la Bifurk**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

- d'approuver les termes de l'avenant à la convention d'objectifs et de moyens (annexe 1) entre la Ville de Grenoble et le Collectif des Usagers de la Bifurk (C.U.B) ;**
- d'autoriser les versements ci-dessous :**
  - à l'association le Collectif des Usagers de la Bifurk (C.U.B) d'une subvention de fonctionnement au titre de l'aide au fonctionnement et de l'éducation populaire de 50 000 € et d'une subvention complémentaire liées aux charges de fonctionnement de 15 368,86 € pour l'année 2025 (annexe 1) ;**
- d'approuver les termes de l'avenant n°2 à la convention de mise à disposition des locaux**

**(annexe 2) entre la Ville de Grenoble et le Collectif des Usagers de la Bifurk (C.U.B) ;**

**- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer lesdits avenants.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 68-(38274) - LOCAUX ASSOCIATIFS - Convention de mise à disposition gratuite de locaux entre la Ville de Grenoble et l'association Sororité Grenoble.**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'approuver les termes de la convention de mise à disposition gratuite d'un local entre la Ville de Grenoble et l'association Sororité Grenoble (locaux sis 6 rue Dubois FONTANELLE) ;**

**- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ladite convention.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 69-(38311) - VIE DES ASSOCIATIONS - Avenant à la convention de mise à disposition de locaux entre l'Association d'Insertion Sociale et Socio-Judiciaire AJHIRALP et la Ville de Grenoble 2024-2027 (locaux "La Halte", 1 Bd Edouard Rey).**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'approuver les termes de l'avenant n°1 à la convention de mise à disposition de locaux entre la Ville de Grenoble et l'Association d'Insertion Sociale et Socio-Judiciaire AJHIRALP ;**

**- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer ledit avenant.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**DELIBERATION N° 70-(38413) - DESIGNATIONS - Désignation d'un-e représentant-e de la Ville de Grenoble auprès de l'Observatoire des Discriminations sur les Territoires Interculturels (ODTI).**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**ODTI (Observatoire des Discriminations sur les Territoires Interculturels)**

**- de désigner Mme Kheira CAPDEPON en qualité de membre titulaire au sein du conseil d'administration et de l'assemblée générale de l'ODTI.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Pour : 57**

**L'élue citée ci-après n'a pas participé au vote portant sur un organisme dans lequel elle a la qualité d'administrateur : Mme CAPDEPON**

**DELIBERATION N° 71-(38426) - DESIGNATIONS - Désignation des représentant-es de la Ville de Grenoble auprès des écoles : École primaire Ampère ; École maternelle Buffon ; École maternelle et élémentaire Jean Jaurès.**

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**AMPÈRE PRIMAIRE**

**- de désigner M. Pierre-André JUVEN en qualité de membre titulaire de la Ville de Grenoble au sein du conseil d'école primaire Ampère ;**

**BUFFON maternelle**

**- de désigner M. Pierre-André JUVEN en qualité de membre titulaire de la Ville de Grenoble au sein du conseil d'école maternelle Buffon ;**

**JEAN JAURÈS maternelle et élémentaire**

**- de désigner M. Luis BELTRAN LOPEZ en qualité de membre titulaire de la Ville de Grenoble au sein du conseil d'école maternelle et élémentaire Jean Jaurès.**

**Délibération : Adoptée à l'unanimité**

**Question orale :**

**- Question orale du groupe d'Opposition de la Société Civile, Divers Droite et du Centre portant sur les actions de la ville en matière de lutte contre l'insécurité, présentée par M. CARIGNON.**

Réponse de M. le Maire.

**L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 16h31.**

# **ANNEXES**

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

N°	NATURE	FOURNISSEURS OU BÉNÉFICIAIRES	OBJET
<b>I- DÉCISIONS EN MATIÈRE D' ACTIONS EN JUSTICE :</b>			
2024_2196	Arrêté (21 novembre 2024)	Maître Louis Le Foyer de Costil 12 Rue des Eaux 75016 Paris	La Ville de Grenoble est autorisée à intervenir devant les juridictions administratives aux fins d'obtenir l'annulation de la décision implicite de rejet émise par la Région Auvergne Rhône-Alpes sur l'instruction des subventions au titre du Fonds Européen de Développement Régional et obtenir la communication des documents demandés.
2024_2203	Arrêté (29 novembre 2024)	Maître Pauline LABORIE 11 rue d'Alembert 38000 Grenoble	La Ville de Grenoble est autorisée à ester en justice dans le cadre de la requête n°2408892-6 introduite par Monsieur [REDACTED] devant le Tribunal administratif de Grenoble en annulation de la décision du 17 septembre 2024 portant rejet des recours gracieux en date des 11 juillet et 7 août 2024, de la décision du 8 juillet 2024 portant rejet du recours gracieux en date du 29 avril 2024 ainsi que de la décision du 4 juin 2024, portant prise en charge des arrêts de travail de Monsieur MARCHAL au titre du demi-traitement et de la maladie ordinaire, à compter du 31 mai 2024.
2024_2313	Arrêté (12 décembre 2024)	Maître Pauline LABORIE 11 rue d'Alembert 38000 Grenoble	La ville de Grenoble est autorisée à ester en justice dans la requête en référé-suspension déposée devant le Tribunal Administratif de Grenoble par la SAS CAMALO et tendant à la suspension de la décision en date de 7 novembre 2024 portant refus de renouvellement d'une terrasse.
2024_2366	Arrêté (16 décembre 2024)	Cabinet Landot et Associés 11 boulevard Brune	La ville de Grenoble est autorisée à ester en justice dans la requête en référé-suspension déposée devant le Tribunal Administratif de Grenoble par la SARL FIAT ET FILS et tendant à suspendre l' arrêté en date de 28 mai 2024 qui

**Annexe 1 à la délibération n°1-38370  
 Conseil municipal du 03 février 2025**

		75014 Paris	règlements la circulation et le stationnement lors des chantiers de pose de mobilier urbain.
<b>II - DÉCISIONS EN MATIÈRE DE RENOUELEMENT D'ADHESION :</b>			
2024_1916	Arrêté (21 octobre 2024)		La Ville de Grenoble est autorisée à renouveler son adhésion à l'association IRDSU pour l'année 2024-2025 pour un montant de 800 euros.
<b>III - DÉCISIONS EN MATIÈRE DE CESSION / DON / LEGS /:</b>			
2024_0600	Arrêté (25 mars 2024)		Le don de Mme [REDACTED] composé d'une femelle Bombus terrestris, un Mimas tiliae et un Xyloocopa sp. est accepté.
2024_2311	Arrêté (09 décembre 2024)		50 plants de vivaces sont aliénés à la ville de Gières dans le cadre d'un partenariat horticole.
2024_1689	Arrêté (13 septembre 2024)		Le legs/don du Fonds de dotation Claude et Hélène Garache, composé d'un ensemble d'oeuvres est accepté.
2024_1690	Arrêté (13 septembre 2024)		Le legs/don du Fonds de dotation Claude et Hélène garache, composé d'une oeuvre est accepté.
2024_1691	Arrêté (13 septembre 2024)		Le legs/don du Fonds François Ristori composé de quatre oeuvres est accepté.
2024_1692	Arrêté (13 septembre 2024)		Le legs/don de M. [REDACTED] composé d'une oeuvre est accepté.
2024_1693	Arrêté (13 septembre 2024)		Le legs/don de Mme [REDACTED] composé d'une oeuvre est accepté.

**Annexe 1 à la délibération n°1-38370  
 Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_1694	Arrêté (13 septembre 2024)		Le legs/don de la Société des Amis du Musée de Grenoble composé d'une œuvre est accepté.
-----------	-------------------------------	--	--

**IV - DÉCISIONS EN MATIÈRE DE DROIT DE PRÉEMPTION :**

--	--	--	--

N°	NATURE	FOURNISSEURS OU BENEFCIAIRES	OBJET	MONTANT
----	--------	------------------------------	-------	---------

**V - DÉCISIONS EN MATIÈRE DE CONTRATS, CONVENTIONS, BAUX :**

CONV_2024_0014	Convention de participation financière	CEA Grenoble 17 Avenue des Martyrs 38054 Grenoble & Sem Innovia Grenoble 1 place Firmin Gautier 38000 Grenoble	Le constructeur prévoit un projet d'extension de bureaux destinés à l'activité de recherche du CEA dans un bâtiment 40-12 correspondant à un total de 33m <sup>2</sup> de surface plancher créée.	Participation : 5676 € HT
----------------	--	--	---	---------------------------

**VI- DÉCISIONS EN MATIÈRE DE CONCESSION DE CIMETIÈRE :**

2024_2130	Arrêté (29 octobre 2024)	Mme LEUCI Lucienne, Monique, Christiane née CIPRIANI	Cimetière Grand Sablon - Titre n°461 - Renouvellement de concession du 19 septembre 2024 au 18 septembre 2039	Redevance : 318€
2024_2131	Arrêté (29 octobre 2024)	M. LEUCI Léonard	Cimetière Grand Sablon - Titre n°462 - Renouvellement de concession du 26 septembre 2024 au 25 septembre 2039	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2132	Arrêté (29 octobre 2024)	Mme PISSARD Renée née LARAGE	Cimetière Grand Sablon - Titre n°463 - Renouvellement de concession du 6 octobre 2021 au 5 octobre 2036	Redevance : 318€
2024_2133	Arrêté (30 octobre 2024)	M. DENJEAN Denis Pierre	Cimetière Saint Roch - Titre n°464 - Concession nouvelle du 29 octobre 2024 au 28 octobre 2074	Redevance : 1311€
2024_2134	Arrêté (30 octobre 2024)	M. CASTILLO Joseph	Cimetière Grand Sablon - Titre n°465 - Renouvellement de concession du 1 <sup>er</sup> octobre 2022 au 30 septembre 2037	Redevance : 318€
2024_2135	Arrêté (30 octobre 2024)	Mme DAVID Marie, Valentine, Virginie née GRAND	Cimetière Saint Roch - Titre n°466 - Renouvellement de concession du 14 décembre 2024 au 23 décembre 2039	Redevance : 636€
2024_2136	Arrêté (30 octobre 2024)	M. PRAPANT Lucien	Cimetière Saint Roch - Titre n°467 - Renouvellement de concession du 24 août 2024 au 23 août 2039	Redevance : 318€
2024_2137	Arrêté (30 octobre 2024)	Mme MAMI Angèle née ALBANI	Cimetière Saint Roch - Titre n°468 - Renouvellement de concession du 20 octobre 2024 au 19 octobre 2039	Redevance : 318€
2024_2138	Arrêté (30 octobre 2024)	Mme GARNIER Suzanne née JOUBERT	Cimetière Saint Roch - Titre n°469 - Renouvellement de concession du 13 décembre 2024 au 12 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2139	Arrêté (31 octobre 2024)	M. BUCCI Salvator	Cimetière Grand Sablon - Titre n°470 - Renouvellement de concession du 27 novembre 2024 au 26 novembre 2074	Redevance : 1311€
2024_2140	Arrêté (31 octobre 2024)	Mme HERRAEZ Paola née CASADO-RELLO	Cimetière Grand Sablon - Titre n°471 - Renouvellement de concession du 15 décembre 2024 au 14 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2141	Arrêté (31 octobre 2024)	Mme MORONI Blanche Marie Louise née	Cimetière Grand Sablon - Titre n°472 - Renouvellement de concession du 30 octobre 2024 au 29 octobre 2054	Redevance : 717€

**nnexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

		ROBERT		
2024_2142	Arrêté (31 octobre 2024)	M. PERRET Pierre	Cimetière Saint Roch - Titre n°473 - Renouvellement de concession du 15 juin 2024 au 14 juin 2039	Redevance : 318€
2024_2143	Arrêté (31 octobre 2024)	Mme DA SILVA Christiane, Eugénie née D'ONOFRIO	Cimetière Grand Sablon - Titre n°474 - Conversion de concession du 31 octobre 2024 au 30 octobre 2074	Redevance : 1178,41€
2024_2144	Arrêté (04 novembre 2024)	Mme REBIAI Khouania	Cimetière Grand Sablon - Titre n°475 - Concession nouvelle du 4 novembre 2024 au 3 novembre 2074	Redevance : 1311€
2024_2145	Arrêté (04 novembre 2024)	Mme MALERBA Marie Sabine née MANGANO	Cimetière Grand Sablon - Titre n°476 - Renouvellement de concession du 16 avril 2024 au 15 avril 2039	Redevance : 318€
2024_2146	Arrêté (05 novembre 2024)	Mme REBOUD Pauline née CHATRON	Cimetière Grand Sablon - Titre n°477 - Renouvellement de concession du 21 juillet 2024 au 20 juillet 2039	Redevance : 318€
2024_2147	Arrêté (05 novembre 2024)	M. RAMBERTI Pietro	Cimetière Grand Sablon - Titre n°478 - Renouvellement de concession du 18 février 2024 au 17 février 2039	Redevance : 318€
2024_2148	Arrêté (06 novembre 2024)	M. PALMER John Robert et Mme TIGOULET Elisa	Cimetière Grand Sablon - Titre n°479 - Concession nouvelle du 6 novembre 2024 au 5 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2149	Arrêté (07 novembre 2024)	Mme GROS Pauline née VIVE	Cimetière Grand Sablon - Titre n°480 - Renouvellement de concession du 17 octobre 2024 au 16 octobre 2039	Redevance : 318€
2024_2150	Arrêté (07 novembre 2024)	Mme SOUCHE Juliette née KINDERKNECHT	Cimetière Grand Sablon - Titre n°481 - Renouvellement de concession du 15 décembre 2024 au 14 décembre 2039	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2151	Arrêté (07 novembre 2024)	Mme RAVOIRE Franceline	Cimetière Grand Sablon - Titre n°482 - Renouvellement de concession du 10 avril 2024 au 09 avril 2039	Redevance : 318€
2024_2152	Arrêté (07 novembre 2024)	M. BURNICHON Auguste	Cimetière Grand Sablon - Titre n°483 - Renouvellement de concession du 11 décembre 2024 au 10 décembre 2039	Redevance : 636€
2024_2153	Arrêté (07 novembre 2024)	Mme BRUNET Arpinée née TCHITIRIAN	Cimetière Grand Sablon - Titre n°484 - Renouvellement de concession du 23 décembre 2024 au 22 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2154	Arrêté (12 novembre 2024)	M. PLEBIN Roger	Cimetière Saint Roch - Titre n°486 - Renouvellement de concession du 11 octobre 2024 au 10 octobre 2054	Redevance : 855€
2024_2155	Arrêté (12 novembre 2024)	M. KOMBO-BINENGOU Sylvain	Cimetière Grand Sablon - Titre n°487 - Concession nouvelle du 12 novembre 2024 au 11 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2156	Arrêté (12 novembre 2024)	M. DECORPS Lucien	Cimetière Grand Sablon - Titre n°488 - Renouvellement de concession du 2 mars 2022 au 1 <sup>er</sup> mars 2037	Redevance : 318€
2024_2157	Arrêté (12 novembre 2024)	Mme PERSON Marie, Louise, Thérèse née MEISTERMANN	Cimetière Grand Sablon - Titre n°489 - Renouvellement de concession du 9 novembre 2024 au 8 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2158	Arrêté (12 novembre 2024)	M. BABAKHIAN Wartan	Cimetière Grand Sablon - Titre n°490 - Renouvellement de concession du 7 mars 2024 au 6 mars 2039	Redevance : 318€
2024_2237	Arrêté (18 novembre 2024)	Mme PERRIN Emilienne née ROGNE	Cimetière Grand Sablon - Titre n°485 - Renouvellement de concession du 25 mai 2024 au 24 mai 2039	Redevance : 318€
2024_2238	Arrêté (12 novembre 2024)	M. PONCE Alain	Cimetière Grand Sablon - Titre n°491 - Concession nouvelle du 12 novembre 2024 au 11 novembre 2054	Redevance : 717€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2239	Arrêté (12 novembre 2024)	Mme MARTINELLI Diana, Giacomina née FRISON	Cimetière Saint Roch - Titre n°492 - Concession nouvelle du 12 novembre 2024 au 11 novembre 2054	Redevance : 717€
2024_2240	Arrêté (13 novembre 2024)	Mme SUCH Joséphine née DOMINGUEZ	Cimetière Grand Sablon - Titre n°493 - Renouvellement de concession du 10 octobre 2023 au 9 octobre 2038	Redevance : 318€
2024_2241	Arrêté (13 novembre 2024)	M. DOPOURIDIS Basile	Cimetière Saint Roch - Titre n°494 - Conversion de concession vers une concession perpétuelle à partir du 14 novembre 2024	Redevance : 32175,16€
2024_2242	Arrêté (13 novembre 2024)	Mme SAINT-MARTIN Clémence née MEUNIER	Cimetière Saint Roch - Titre n°495 - Renouvellement de concession du 4 octobre 2024 au 3 octobre 2039	Redevance : 318€
2024_2243	Arrêté (14 novembre 2024)	M. CHOLLAT Henri	Cimetière Saint Roch - Titre n°496 - Renouvellement de concession du 16 octobre 2024 au 15 octobre 2039	Redevance : 318€
2024_2244	Arrêté (14 novembre 2024)	Mme VIGLIANO Rosa née VAGLIO	Cimetière Saint Roch - Titre n°497 - Renouvellement de concession du 31 décembre 2023 au 30 décembre 2038	Redevance : 318€
2024_2245	Arrêté (14 novembre 2024)	M. BARGIGIA Alfred	Cimetière Saint Roch - Titre n°498 - Renouvellement de concession du 9 septembre 2018 au 8 septembre 2033	Redevance : 318€
2024_2246	Arrêté (14 novembre 2024)	M. BARDINTZEFF André, Jacques, Maurice et Mme BARDINTZEFF Jacqueline, Marie, Monique, Marthe née	Cimetière Saint Roch - Titre n°499 - Renouvellement de concession du 16 novembre 2024 au 15 novembre 2054	Redevance : 855€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

		REY		
2024_2247	Arrêté (14 novembre 2024)	Mme CREGO Térésa née MARTINEZ	Cimetière Grand Sablon - Titre n°500 - Concession nouvelle du 14 novembre 2024 au 13 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2248	Arrêté (14 novembre 2024)	M. MBANGU Eliage et Mme MBANGU Clotilde	Cimetière Grand Sablon - Titre n°501 - Concession nouvelle du 14 novembre 2024 au 13 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2249	Arrêté (15 novembre 2024)	Mme BLACHOT Catherine, Josette née BACHELET	Cimetière Grand Sablon - Titre n°502 - Concession nouvelle du 15 novembre 2024 au 14 novembre 2074	Redevance : 1311€
2024_2250	Arrêté (15 novembre 2024)	M. FERRAFIAT Ernest	Cimetière Saint Roch - Titre n°503 - Renouvellement de concession du 15 avril 2024 au 14 avril 2039	Redevance : 636€
2024_2251	Arrêté (18 novembre 2024)	M. FILIPUTTI olivier	Cimetière Grand Sablon - Titre n°504 - Concession nouvelle du 18 novembre 2024 au 17 novembre 2054	Redevance : 855€
2024_2256	Arrêté (19 novembre 2024)	Mme BALLAY Louise née DUMOULIN	Cimetière Grand Sablon - Titre n°505 - Renouvellement de concession du 12 novembre 2024 au 11 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2257	Arrêté (19 novembre 2024)	Mme PHAM Thi Dan née LE	Cimetière Saint Roch - Titre n°506 - Renouvellement de concession du 26 octobre 2024 au 25 octobre 2054	Redevance : 855€
2024_2258	Arrêté (19 novembre 2024)	Mme ALIOUA Noëlla née AMIA	Cimetière Grand Sablon - Titre n°507 - Renouvellement de concession du 17 septembre 2022 au 16 septembre 2052	Redevance : 717€
2024_2259	Arrêté (19 novembre 2024)	M. ASTIER Michel	Cimetière Saint Roch - Titre n°508 - Renouvellement de concession du 28 mai 2022 au 27 mai 2037	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2260	Arrêté (19 novembre 2024)	M. BOYER Henri et Mme BOYER Lucienne née LAON	Cimetière Grand Sablon - Titre n°509 - Renouvellement de concession du 22 décembre 2024 au 21 décembre 2054	Redevance : 717€
2024_2261	Arrêté (19 novembre 2024)	M. CLARAZ Gilbert	Cimetière Saint Roch - Titre n°510 - Renouvellement de concession du 14 octobre 2024 au 13 octobre 2039	Redevance : 318€
2024_2262	Arrêté (19 novembre 2024)	Mme MORRA Marie née ZANUSSI	Cimetière Grand Sablon - Titre n°511 - Renouvellement de concession du 23 novembre 2024 au 22 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2263	Arrêté (19 novembre 2024)	M. BOIX Jean	Cimetière Grand Sablon - Titre n°512 - Renouvellement de concession du 3 mai 2018 au 2 mai 2048	Redevance : 717€
2024_2264	Arrêté (19 novembre 2024)	Mme ROSSETTI Pia née MAFFEO	Cimetière Saint Roch - Titre n°513 - Renouvellement de concession du 23 octobre 2024 au 22 octobre 2039	Redevance : 636€
2024_2265	Arrêté (20 novembre 2024)	M. LAFORET Camille	Cimetière Grand Sablon - Titre n°514 - Renouvellement de concession du 25 mars 2023 au 24 mars 2038	Redevance : 636€
2024_2266	Arrêté (20 novembre 2024)	Mme CASCARANO Philomène	Cimetière Grand Sablon - Titre n°515 - Renouvellement de concession du 17 novembre 2024 au 16 novembre 2054	Redevance : 717€
2024_2267	Arrêté (20 novembre 2024)	Mme VOSSENAT Rosée née GALLOIS- GARREIGNOT	Cimetière Grand Sablon - Titre n°516 - Renouvellement de concession du 7 juillet 2024 au 6 juillet 2039	Redevance : 318€
2024_2268	Arrêté (20 novembre 2024)	Mme LOMBARD Georgette née MEUNIER	Cimetière Saint Roch - Titre n°517 - Renouvellement de concession du 16 décembre 2024 au 15 décembre 2039	Redevance : 423€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2269	Arrêté (20 novembre 2024)	Mme REYMOND Monique	Cimetière Grand Sablon - Titre n°518 - Renouvellement de concession du 5 juin 2022 au 4 juin 2052	Redevance : 717€
2024_2270	Arrêté (20 novembre 2024)	Mme CHAMPAVERT Clarisse née REBATEL	Cimetière Saint Roch - Titre n°519 - Renouvellement de concession du 10 décembre 2024 au 9 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2274	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme CARAMIA Alice	Cimetière Grand Sablon - Titre n°409 - Renouvellement anticipé de concession du 17 juillet 2029 au 16 juillet 2059	Redevance : 717€
2024_2275	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme BOUCENNA Louisa	Cimetière Grand Sablon - Titre n°520 - Concession nouvelle du 20 novembre 2024 au 19 novembre 2054	Redevance : 717€
2024_2276	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme DONZEL Louise, Renée née MOREL	Cimetière Grand Sablon - Titre n°521 - Renouvellement de concession du 25 mai 2023 au 24 mai 2038	Redevance : 318€
2024_2277	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme GIROLET Madeleine	Cimetière Saint Roch - Titre n°522 - Renouvellement de concession du 31 août 2024 au 30 août 2039	Redevance : 318€
2024_2278	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme TOTA Vincente	Cimetière Saint Roch - Titre n°523 - Renouvellement de concession du 1 <sup>er</sup> novembre 2024 au 31 octobre 2039	Redevance : 318€
2024_2279	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme ODDON Suzanne née DECK	Cimetière Saint Roch - Titre n°524 - Renouvellement de concession du 28 septembre 2024 au 27 septembre 2039	Redevance : 318€
2024_2280	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme BAZES Marguerite née GAUVILLE	Cimetière Saint Roch - Titre n°525 - Renouvellement de concession du 20 septembre 2023 au 19 septembre 2038	Redevance : 318€
2024_2281	Arrêté (21 novembre 2024)	M. BERTOLAMI Joseph et Mme TORTORELLA Angeline	Cimetière Grand Sablon - Titre n°526 - Renouvellement de concession du 28 juin 2023 au 27 juin 2038	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2282	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme SOYET Giliane, Marie, France née BOERIO	Cimetière Grand Sablon - Titre n°527 - Renouvellement de concession du 4 décembre 2024 au 3 décembre 2074	Redevance : 2622€
2024_2283	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme GUIDA Pauline née FICARA	Cimetière Grand Sablon - Titre n°528 - Renouvellement de concession du 22 octobre 2024 au 21 octobre 2054	Redevance : 717€
2024_2284	Arrêté (21 novembre 2024)	Mme PRADIER Sandra née RODRIGUEZ	Cimetière Saint Roch - Titre n°529 - Concession nouvelle du 21 novembre 2024 au 20 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2285	Arrêté (22 novembre 2024)	M. MARIN Christian, Patrick	Cimetière Grand Sablon - Titre n°531 - Concession nouvelle du 22 novembre 2024 au 21 novembre 2054	Redevance : 717€
2024_2286	Arrêté (25 novembre 2024)	Mme CAYRIER Pauline née OLLIER	Cimetière Grand Sablon - Titre n°532 - Renouvellement de concession du 10 mai 2024 au 9 mai 2039	Redevance : 318€
2024_2287	Arrêté (25 novembre 2024)	M. MARMONIER Joseph et Mme MARMONIER Emilienne, Léontine née MARTINET	Cimetière Grand Sablon - Titre n°533 - Renouvellement de concession du 12 octobre 2024 au 11 octobre 2039	Redevance : 318€
2024_2288	Arrêté (25 novembre 2024)	Mme ROBLET Pierrette née VAIR	Cimetière Grand Sablon - Titre n°534 - Concession nouvelle du 25 novembre 2024 au 24 novembre 2054	Redevance : 717€
2024_2335	Arrêté (26 novembre 2024)	Mme JARNAC Julia née DEKESEL	Cimetière Saint Roch - Titre n°535 - Renouvellement de concession du 23 septembre 2024 au 22 septembre 2039	Redevance : 318€
2024_2336	Arrêté (26 novembre 2024)	M. CREMADES Enrique, Antoine	Cimetière Grand Sablon - Titre n°536 - Renouvellement de concession du 2 octobre 2024 au 1 <sup>er</sup> octobre 2039	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2337	Arrêté (26 novembre 2024)	Mme AVANZATO Rosaria née DI VANNI	Cimetière Grand Sablon - Titre n°537 - Renouvellement de concession du 18 décembre 2024 au 17 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2338	Arrêté (26 novembre 2024)	Mme RODRIGUEZ Ascension née PEREZ	Cimetière Grand Sablon - Titre n°538 - Renouvellement de concession du 20 octobre 2024 au 19 octobre 2039	Redevance : 636€
2024_2339	Arrêté (26 novembre 2024)	Mme DOAN Thi Yen	Cimetière Grand Sablon - Titre n°539 - Renouvellement de concession du 15 décembre 2024 au 14 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2340	Arrêté (26 novembre 2024)	Mme DOAN Van Bang	Cimetière Grand Sablon - Titre n°540 - Renouvellement de concession du 23 novembre 2024 au 22 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2341	Arrêté (26 novembre 2024)	M. GRONFIER Claude	Cimetière Grand Sablon - Titre n°541 - Renouvellement de concession du 28 septembre 2023 au 27 septembre 2053	Redevance : 717€
2024_2342	Arrêté (26 novembre 2024)	M. PEREIRA ARZUA Candido	Cimetière Grand Sablon - Titre n°542 - Concession nouvelle du 26 novembre 2024 au 25 novembre 2054	Redevance : 717€
2024_2343	Arrêté (27 novembre 2024)	Mme DETANTE Madeleine née MOLLET	Cimetière Saint Roch - Titre n°543 - Renouvellement de concession du 17 juin 2024 au 16 juin 2054	Redevance : 717€
2024_2344	Arrêté (27 novembre 2024)	M. BELLON Joseph	Cimetière Saint Roch - Titre n°544 - Renouvellement de concession du 10 septembre 2024 au 9 septembre 2039	Redevance : 318€
2024_2345	Arrêté (27 novembre 2024)	Mme CARON Jeanne	Cimetière Saint Roch - Titre n°545 - Renouvellement de concession du 1 <sup>er</sup> novembre 2024 au 31 octobre 2054	Redevance : 717€
2024_2346	Arrêté (27 novembre 2024)	Mme CONGIU Carmen née CALLEJON	Cimetière Grand Sablon - Titre n°546 - Renouvellement de concession du 25 août 2024 au 24 août 2039	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2347	Arrêté (27 novembre 2024) M. NORAZ Camille	M. NORAZ Camille	Cimetière Grand Sablon - Titre n°547 - Renouvellement de concession du 27 novembre 2024 au 26 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2348	Arrêté (29 novembre 2024)	Mme CHARRANSOL Marguerite née BERTIN	Cimetière Grand Sablon - Titre n°548 - Renouvellement de concession du 17 octobre 2023 au 16 octobre 2053	Redevance : 717€
2024_2349	Arrêté (29 novembre 2024)	M. GUILLET louis, François, Marie	Cimetière Saint Roch - Titre n°549 - Concession nouvelle du 29 novembre 2024 au 28 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2376	Arrêté (04 décembre 2024)	M. GEORGES Eugène	Cimetière Grand Sablon - Titre n°530 - Renouvellement de concession du 4 mai 2016 au 3 mai 2046	Redevance : 717€
2024_2377	Arrêté (04 décembre 2024)	Mme DURAND Yvonne	Cimetière Grand Sablon - Titre n°550 - Renouvellement de concession du 17 avril 2022 au 16 avril 2037	Redevance : 318€
2024_2378	Arrêté (02 décembre 2024)	M. SAMSON Maurice	Cimetière Grand Sablon - Titre n°551 - Concession nouvelle du 2 décembre 2024 au 1 <sup>er</sup> décembre 2074	Redevance : 1311€
2024_2379	Arrêté (04 décembre 2024)	M&Mme ULISANO Antonio et Maria née GATTO	Cimetière Grand Sablon - Titre n°552 - Renouvellement anticipé de la concession du 6 octobre 2027 au 5 octobre 2057	Redevance : 717€
2024_2380	Arrêté (04 décembre 2024)	M. HELMER Charles, Marius, Albert	Cimetière Saint Roch - Titre n°553 - Renouvellement de concession du 26 août 2024 au 25 août 2039	Redevance : 318€
2024_2381	Arrêté (04 décembre 2024)	Mme COURRENQ Marie née FARCAT	Cimetière Grand Sablon - Titre n°554 - Renouvellement de concession du 23 août 2024 au 22 août 2039	Redevance : 318€
2024_2382	Arrêté	Mme FONTANAROUX	Cimetière Grand Sablon - Titre n°555 - Renouvellement de	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

	(04 décembre 2024)	Yvonne née CLAUD	concession du 13 décembre 2022 au 12 décembre 2037	
2024_2383	Arrêté (04 décembre 2024)	Mme JASSE Marthe, Marie née MARCEPOIL	Cimetière Grand Sablon - Titre n°556 - Renouvellement de concession du 27 juillet 2023 au 26 juillet 2038	Redevance : 318€
2024_2384	Arrêté (04 décembre 2024)	Mme BORGES DE DEUS CORREIA Anne-Marie	Cimetière Saint Roch - Titre n°557 - Concession nouvelle du 4 décembre 2024 au 3 décembre 2054	Redevance : 717€
2024_2385	Arrêté (06 décembre 2024)	Mme CAMPANT Louise née WALTER	Cimetière Grand Sablon - Titre n°558 - Renouvellement de concession du 25 décembre 2024 au 24 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2386	Arrêté (06 décembre 2024)	Mme KLOWSLOWSKY Maud, Isabelle	Cimetière Grand Sablon - Titre n°560 - Concession nouvelle du 6 décembre 2024 au 5 décembre 2039	Redevance : 423€
2024_2387	Arrêté (06 décembre 2024)	Mme MATESA Marie née LABARTINO	Cimetière Saint Roch - Titre n°561 - Renouvellement de concession du 10 juillet 2029 au 9 juillet 2044	Redevance : 318€
2024_2388	Arrêté (06 décembre 2024)	M. FERNANDEZ François	Cimetière Grand Sablon - Titre n°562 - Concession nouvelle du 9 décembre 2024 au 8 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2389	Arrêté (09 décembre 2024)	Mme AMIRANTE Concetta née MAGRID	Cimetière Grand Sablon - Titre n°563 - Renouvellement de concession du 29 août 2024 au 28 août 2039	Redevance : 318€
2024_2390	Arrêté (09 décembre 2024)	Mme BESSON Irène née VITIELLO	Cimetière Saint Roch - Titre n°564 - Renouvellement de concession du 5 novembre 2024 au 4 novembre 2039	Redevance : 318€
2024_2406	Arrêté (16 décembre 2024)	Mme SAIA Claudine Françoise	Cimetière Grand Sablon - Titre n°(2001000)564 - Concession nouvelle du 26 novembre 2001 au 25 novembre 2031	Redevance : 494€
2024_2407	Arrêté	Mme GOUYER Marie-	Cimetière Grand Sablon - Titre n°331 - Renouvellement de	Redevance : 1311€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

	(16 décembre 2024)	Thérèse née GIFFON	concession du 17 août 2024 au 16 août 2074	
2024_2408	Arrêté (11 décembre 2024)	Mme MENNECIER Denise	Cimetière Grand Sablon - Titre n°559 - Renouvellement de concession du 23 juin 2024 au 22 juin 2039	Redevance : 318€
2024_2409	Arrêté (09 décembre 2024)	M. BRESLER Rudolf, Claude	Cimetière Grand Sablon - Titre n°565 - Renouvellement de concession du 9 novembre 2020 au 8 novembre 2035	Redevance : 318€
2024_2410	Arrêté (09 décembre 2024)	Mme MUCCIOLI Adèle née GIACOMINI	Cimetière Grand Sablon - Titre n°566 - Renouvellement de concession du 5 décembre 2024 au 4 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2411	Arrêté (09 décembre 2024)	Mme ROUTIN Louise née GAILLARD	Cimetière Saint Roch - Titre n°567 - Renouvellement de concession du 22 juillet 2024 au 21 juillet 2039	Redevance : 636€
2024_2412	Arrêté (09 décembre 2024)	Mme GONZALEZ Thérèse née SANTIAGO	Cimetière Grand Sablon - Titre n°568 - Renouvellement de concession du 25 décembre 2024 au 24 décembre 2054	Redevance : 717€
2024_2413	Arrêté (09 décembre 2024)	Mme DES NEVES Maria, Joséphina, Sébastina née GARCIA	Cimetière Grand Sablon - Titre n°569 - Renouvellement de concession du 28 août 2024 au 27 août 2039	Redevance : 318€
2024_2414	Arrêté (09 décembre 2024)	Mme LISTO Patricia, Lucienne	Cimetière Grand Sablon - Titre n°570 - Concession nouvelle du 9 décembre 2024 au 8 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2415	Arrêté (10 décembre 2024)	M. ZACCARO Janvier, Vincent	Cimetière Saint Roch - Titre n°571 - Renouvellement de concession du 4 septembre 2023 au 3 septembre 2038	Redevance : 636€
2024_2416	Arrêté (11 décembre 2024)	Mme FESSOU Raymonde, Jeanne née VEYRAND	Cimetière Grand Sablon - Titre n°572 - Renouvellement de concession du 21 décembre 2024 au 20 décembre 2054	Redevance : 717€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2417	Arrêté (11 décembre 2024)	Mme VANGELISTA Marie née LUNETTA	Cimetière Grand Sablon - Titre n°573 - Renouvellement de concession du 10 avril 2023 au 9 avril 2038	Redevance : 318€
2024_2418	Arrêté (11 décembre 2024)	M. PERROT Jean et Mme PERROT Madeleine née BELLOT	Cimetière Saint Roch - Titre n°574 - Renouvellement de concession du 15 avril 2024 au 14 avril 2039	Redevance : 318€
2024_2419	Arrêté (11 décembre 2024)	Mme SANCHEZ Marie, Basilia née DOMINGUEZ	Cimetière Grand Sablon - Titre n°575 - Concession nouvelle du 11 décembre 2024 au 10 décembre 2039	Redevance : 423€
2024_2420	Arrêté (13 décembre 2024)	M&Mme RAVANAT Marcel, Ferdinand et Paulette née PERRIN- TERRIN	Cimetière Saint Roch - Titre n°576 - Renouvellement de concession du 19 juin 2024 au 18 juin 2039	Redevance : 318€
2024_2421	Arrêté (12 décembre 2024)	M. FILLON Pierre	Cimetière Saint Roch - Titre n°577 - Renouvellement de concession du 25 juin 2022 au 24 juin 2037	Redevance : 636€
2024_2422	Arrêté (11 décembre 2024)	M. STRASSER René	Cimetière Saint Roch - Titre n°578 - Renouvellement de concession du 12 mai 2023 au 11 mai 2053	Redevance : 717€
2024_2423	Arrêté (13 décembre 2024)	Mme MAITA Concetta née MINEO	Cimetière Saint Roch - Titre n°579 - Renouvellement de concession du 1 <sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2039	Redevance : 318€
2024_2424	Arrêté (13 décembre 2024)	Mme ULM Renée, marie-Anne	Cimetière Grand Sablon - Titre n°580 - Renouvellement de concession du 2 mai 2023 au 1 <sup>er</sup> mai 2038	Redevance : 318€
2024_2425	Arrêté (13 décembre 2024)	M. MONNERAUD Patrick, Daniel, André	Cimetière Grand Sablon - Titre n°581 - Concession nouvelle 13 décembre 2024 au 12 décembre 2039	Redevance : 423€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2426	Arrêté (13 décembre 2024)	Mme DUPUIS Marie- Louise née GOUIT	Cimetière Saint Roch - Titre n°582 - Renouvellement de concession du 12 décembre 2022 au 11 décembre 2037	Redevance : 318€
2024_2427	Arrêté (16 décembre 2024)	Mme BORRANI Concettina née CUCCURULLO	Cimetière Grand Sablon - Titre n°583 - Renouvellement de concession du 21 août 2022 au 20 août 2037	Redevance : 318€
2024_2428	Arrêté (16 décembre 2024)	M. BEYLIER Paul	Cimetière Saint Roch - Titre n°584 - Conversion de concession vers une concession perpétuelle à partir du 16 décembre 2024	Redevance : 16546,83€
2024_2429	Arrêté (16 décembre 2024)	Mme JUIN Nathalie	Cimetière Grand Sablon - Titre n°585 - Concession nouvelle du 16 décembre 2024 au 15 décembre 2039	Redevance : 423€
2024_2430	Arrêté (17 décembre 2024)	M. PIEDIMONTE Armand	Cimetière Saint Roch - Titre n°586 - Renouvellement de concession du 2 septembre 2023 au 1 <sup>er</sup> septembre 2038	Redevance : 318€
2024_2423	Arrêté (17 décembre 2024)	M. VALLET Pierre	Cimetière Grand Sablon - Titre n°587 - Renouvellement de concession du 16 février 2021 au 15 février 2036	Redevance : 318€
2024_2432	Arrêté (18 décembre 2024)	M. SASSIA Dahira, Pascal, Edmond, Gérard	Cimetière Grand Sablon - Titre n°588 - Concession nouvelle du 17 décembre 2024 au 16 décembre 2074	Redevance : 1311€
2024_2433	Arrêté (18 décembre 2024)	Mme LOIODICE Célestine née VISCANTI	Cimetière Grand Sablon - Titre n°589 - Renouvellement de concession du 11 juillet 2023 au 10 juillet 2038	Redevance : 318€
2024_2434	Arrêté (18 décembre 2024)	M. BARALDI Rita née CESARI	Cimetière Grand Sablon - Titre n°590 - Renouvellement de concession du 11 novembre 2024 au 10 novembre 2039	Redevance : 318€

**Annexe 1 à la délibération n° 1-38370**  
**Conseil municipal du 03 février 2025**

2024_2435	Arrêté (19 décembre 2024)	Mme VALERO Denise née ACHARD PICARD	Cimetière Grand Sablon - Titre n°591 - Renouvellement de concession du 10 mars 2024 au 9 mars 2039	Redevance : 318€
-----------	------------------------------	--	---	------------------

**VII- EMPRUNTS :**

2024_2306	Arrêté (10 décembre 2024)	La Caisse des dépôts et consignations	La Ville de Grenoble réalise un contrat de prêt PSPL d'un montant total de 6 000 000 € auprès de la Caisse des dépôts et consignations pour le financement de la rénovation de l'éclairage public sur son budget annexe Régie Lumière.	6 000 000,00 €
2024_2334	Arrêté (10 décembre 2024)	La Caisse des dépôts et consignations	La Ville de Grenoble réalise un contrat de prêt transformation écologique d'un montant total de 6 000 000 € auprès de la Caisse des dépôts et consignations pour le financement de la rénovation thermique de l'école Buisson sur son budget principal.	6 000 000,00 €

Le tableau ci-dessous vise à informer les membres du Conseil municipal en date du : **lundi 3 février 2025**

de la liste des avenants notifiés depuis la dernière session en date du : **lundi 16 décembre 2024**

Liste des avenants notifiés

Caractéristiques de l'avenant		Rappel des caractéristiques du marché					Impact financier et calendrier de l'avenant					Notification
Incidence financière de l'avenant	Nature de la modification contractuelle	Numéro du marché	Intitulé du marché	N° lot	Procédure de passation du marché	Titulaire du marché	Prix forfaitaire Montant initial du marché en € H.T.	Prix unitaires maximum initial du marché en € H.T.	Montant de l'avenant en € H.T.	Nouveau montant forfaitaire cumulé	Nouveau montant maximum cumulé	Date de notification de l'avenant
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	22ATM269	CS Hoche - Travaux d'amélioration des sanitaires et vestiaires des étages – Lot 1: Démolition, maçonnerie	1	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	S.E.B.B.	105 800,00	x	6 550,00	112 350,00	x	17/10/23
Sans incidence financière sur le montant maximum ou forfaitaire	Avenant de prolongation	23BSM200	PALAIS DES SPORTS - Mission de maîtrise d'œuvre pour la mise en place de mesures conservatoires sur la toiture		Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	ATELIER ANTHROPOS	16 275,00	x	x	x	x	08/05/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24ATM066	Ecole maternelle Jean Jaures – Réfection des toitures	1	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	SOCIETE NOUVELLE TRADI CHARPENTE	190 606,67	x	29 093,76	226 045,43	x	23/09/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24ATM001	Bibliothèque Saint Bruno - Adaptation aux nouveaux usages lot 1: Installation de chantier - démolition - maçonnerie	1	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	SARL ROLAND TOMAI	28 670,00	x	10 500,00	39 170,00	x	08/10/24
Incidence financière < 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	22BPM439	80-84 galerie de l'arlequin- Maîtrise d'œuvre pour la démolition		Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	ATELIER D'ARCHITECTURE BERNARD PARIS & ASSOCIES	55 282,50	x	-5 227,50	50 055,00	x	09/10/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24ATM065	THEATRE MUNICIPAL BERLIOZ - Travaux de remplacement du SSI EA1 adressable		Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	OPTI SECURITE	108 800,05	x	12 389,04	121 189,09	x	09/10/24
Sans incidence financière sur le montant maximum ou forfaitaire	Avenant de modification de bordereau des prix unitaires	23AFB309	Fourniture de denrées alimentaires / Lot n°2 : Produits de la mer ou d'eau douce surgelés	2	Appel d'offres ouvert	POMONA PASSIONFROID	x	600 000,00	x	x	x	23/10/24
Incidence financière en moins-value	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	22ATM427	LES TREMBLES - Travaux de restructuration de l'ensemble du pôle enfance - Lot 17 - Equipements sportifs	17	Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	NOUANSPORT	24 329,40	x	-8 370,45	15 958,95	x	07/11/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	23APM288	Réalisation d'une étude programmatique sur la terrasse intermédiaire du site Bastille-Rabot		Procédure sans publicité ni mise en concurrence (lauréats concours)	GRAB	130 094,00	x	8 760,00	138 864,00	x	12/11/24
Incidence financière < 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	23ATM365	Travaux pour l'adaptation du Plateau en vue de l'implantation de la Bibliothèque Eaux Claires - lot 4 : REVÊTEMENTS DE SOLS SOUPLES	4	Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	LARBI DES REVETEMENTS	36 147,40	x	1 803,40	37 950,80	x	12/11/24
Incidence financière < 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24A0269	Locaux rue du DRAC - Travaux de remplacement de la chaudière		Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	DUMOLARD SAS	49 600,00	x	842,74	50 442,74	x	14/11/24
Incidence financière < 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24A0281	HÔTEL DE VILLE – Travaux de réfection de la salle du Conseil Municipal_Relance du lot n°03 : MENUISERIE INTÉRIEURE - MOBILIER - SIGNALÉTIQUE suite à défaillance de l'entreprise		Procédure adaptée en raison du montant (< 40 000 € H.T.)	MENUISERIE PERIAULT (ATELIER DE L'AUBIER)	27 383,63	x	1 280,00	28 663,63	x	18/11/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24A0281	HÔTEL DE VILLE – Travaux de réfection de la salle du Conseil Municipal_Relance du lot n°03 : MENUISERIE INTÉRIEURE - MOBILIER - SIGNALÉTIQUE suite à défaillance de l'entreprise		Procédure adaptée en raison du montant (< 40 000 € H.T.)	MENUISERIE PERIAULT (ATELIER DE L'AUBIER)	27 383,63	x	3 980,00	32 643,63	x	19/11/24



Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution des prix unitaires	22ATM426	LES TREMBLES - Travaux de restructuration de l'ensemble du pôle enfance - Lot 16 - Equipements de cuisine	16	Appel d'offres ouvert	C E S CUISINE EQUIPEMENT SERVICE	33 900,00	x	1 981,49	35 881,49	x	20/11/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	22APM351	Maîtrise d'œuvre pour la Réhabilitation de l'école maternelle Jules Verne et de l'EAJE Ilot Marmots		Appel d'offres ouvert	CHABAL ARCHITECTE	270 000,00	x	134 670,00	404 670,00	x	26/11/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	22ATM269	CS Hoche - Travaux d'amélioration des sanitaires et vestiaires des étages - Lot 1: Démolition, maçonnerie	1	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	S.E.B.B.	105 800,00	x	7 125,00	119 475,00	x	26/11/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24ATM004	Bibliothèque Saint Bruno - Adaptation aux nouveaux usages lot 4: Cloisons - Faux plafonds - Peinture	4	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	E.V.F (ENTREPRISE VINOISE DE FINITIONS)	48 688,00	x	9 399,05	58 087,05	x	26/11/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24ATM006	Bibliothèque Saint Bruno - Adaptation aux nouveaux usages Lot 6 : Electricité - Courants forts / Courants faibles	6	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	ELECTRIC TOLERIE	15 815,30	x	2 720,00	18 535,50	x	28/11/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	22ATM273	CS Hoche : Travaux d'amélioration des sanitaires et vestiaires des étages - Lot 5 - Cloisons, doublages, faux plafonds	5	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	SOCIETE ALPINE D'ISOLATION THERMIQUE	254 853,00	x	10 152,00	276 939,00	x	03/12/24
Incidence financière > 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	24ATM005	Bibliothèque Saint Bruno - Adaptation aux nouveaux usages Lot 5 : Menuiseries intérieures bois - Terrasse extérieure	5	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	CBE MENUISERIE - ETANCHEITE	30 586,48	x	9 663,15	40 249,63	x	03/12/24
Incidence financière < 5% sur le montant initial maximum ou forfaitaire	Avenant d'augmentation ou de diminution du prix global et forfaitaire	22ATM420	LES TREMBLES - Travaux de restructuration de l'ensemble du pôle enfance - Lot 10 - Carrelage / Faïences	10	Appel d'offres ouvert	SOGRECA	113 087,00	x	1 044,00	114 131,00	x	04/12/24

Le tableau ci-dessous vise à informer les membres du Conseil municipal en date du : **lundi 3 février 2025**

de la liste des marchés et avenants notifiés depuis la dernière session en date du : **lundi 16 décembre 2024**

**Liste des marchés notifiés**

Identification du marché			Caractéristiques du marché			Titulaire/s			Prix du marché			Durée du marché	
N° marché	N° lot	Intitulé du marché/lot	Type de prestation	Nature du marché	Procédure de passation	Titulaire	CP	Ville	Forme de prix	Prix global et forfaitaire en € H.T. (cumulé le cas échéant)	Montant maxi € HT (cumulé)	Date de notification	Durée d'exéc. Maxi (en mois)
24A0145	1	Diagnostic amiante / Lot n°1 : Diagnostics réglementaires relatifs aux matériaux et produits contenant de l'amiante et du plomb dans les bâtiments situés dans les secteurs géographiques 1, 2 et 5 de la Ville de Grenoble et du CCAS	Services	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	AC ENVIRONNEMENT	42153	RIORGES	Montant unitaire	x	1 000 000,00 €	16/12/24	48
24A0146	2	Diagnostic amiante / Lot n°2 : Diagnostics réglementaires relatifs aux matériaux et produits contenant de l'amiante et du plomb dans les bâtiments situés dans les secteurs géographiques 3,4, 6 et 7 de la Ville de Grenoble et du CCAS	Services	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	CDIM	38600	FONTAINE	Montant unitaire	x	700 000,00 €	16/12/24	48
24A0154	11	Accord-cadre relatif aux travaux dans les bâtiments de la Ville de Grenoble et du Centre Communal d'Action Sociale de Grenoble - Relance des lots menuiserie et charpente – lot 11 : Menuiserie bois - Secteurs 1, 2 et 7	Travaux	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	DAUPHINE MENUISERIE	38130	ECHIROLLES	Montant unitaire	x	4 000 000,00 €	08/11/24	48
24A0155	12	Accord-cadre relatif aux travaux dans les bâtiments de la Ville de Grenoble et du Centre Communal d'Action Sociale de Grenoble - Relance des lots menuiserie et charpente – lot 12 : Menuiserie bois - Secteurs 3 et 4	Travaux	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	ALPES MENUISERIES DEPANNAGE	38180	SEYSSINS	Montant unitaire	x	4 000 000,00 €	14/11/24	48
24A0156	13	Accord-cadre relatif aux travaux dans les bâtiments de la Ville de Grenoble et du Centre Communal d'Action Sociale de Grenoble - Relance des lots menuiserie et charpente – lot 13 : Menuiserie bois - Secteurs 5 et 6	Travaux	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	ALKIA MENUISERIE SERRURERIE	38600	FONTAINE	Montant unitaire	x	4 000 000,00 €	22/10/24	48
24A0233	10	Piscine Jean Bron – Travaux d'aménagements pour une ouverture pérenne élargie - lot 10 : Couverture de piscine	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	CIFFA SYSTEMES	35000	RENNES	Montant forfaitaire	52 772,00 €	x	05/11/24	17
24A0235	12	Piscine Jean Bron – Travaux d'aménagements pour une ouverture pérenne élargie - lot 12 : Accessibilité	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	OKEENEA BATIMENT - OKEENEA PRODUIT	69410	CHAMPAGNE-AU-MONT-D'OR	Montant forfaitaire	23 527,50 €	x	30/09/24	17
24A0256		Nettoyage de divers locaux de la ville de Grenoble-Lot 1: Nettoyage des locaux des secteurs 1 et 2 , du cimetière Grand Sablon (commune de la Tronche) et de la base de loisirs Mont St Martin (commune de Mont St Martin )	Services	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	STEM PROPLETE	38640	CLAIX	Montant unitaire	x	1 400 000,00 €	20/12/24	48
24A0257		Nettoyage de divers locaux de la ville de Grenoble-Lot 2: Nettoyage des locaux des secteurs 3, 4 et 5 et du centre horticole municipal (commune de St-Martin-d'Hères)	Services	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	STEM PROPLETE	38640	CLAIX	Montant unitaire	x	620 000,00 €	20/12/24	48
24A0258		Nettoyage de divers locaux de la ville de Grenoble-Lot 3: Nettoyage des locaux du secteur 6 et de la base de loisirs Maison des Collines (commune d'Eybens)	Services	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	LE NETTOYAGE DAUPHINOIS	38180	SEYSSINS	Montant unitaire	x	1 040 000,00 €	20/12/24	48
24A0259		Nettoyage de divers locaux de la ville de Grenoble- lot 4:Nettoyage des locaux de la Halle Sainte-Claire	Services	Accord-cadre à bons de commandes	Appel d'offres ouvert	LE NETTOYAGE DAUPHINOIS	38180	SEYSSINS	Montant unitaire	x	200 000,00 €	20/12/24	48



24A0317		MUSEE DE GRENOBLE - Travaux d'éclairage des salles d'exposition	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	E.H.T SEELIUM	38600	FONTAINE	Montant forfaitaire	309 465,26 €	x	04/12/24	30
24A0330		Bibliothèque Saint Bruno - Adaptation aux nouveaux usages relance du lot 2 : Etanchéité, végétalisation, désenfumage	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	SOPREMA ENTREPRISES	67100	STRASBOURG	Montant forfaitaire	89 643,89 €	x	15/11/24	25
24A0359		Square Drevet - Travaux de renouvellement de l'aire de jeux et travaux déminéralisation /végétalisation - Lot 02 : Aire de jeux	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (> 90 000 € H.T.)	TOUTENVERT	38160	CHATTE	Montant forfaitaire	55 774,70 €	x	26/11/24	
24A0360		Cimetière Saint Roch - Mission d'aménagement paysager d'un espace d'inhumation naturelle en site occupé	Prestations intellectuelles	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	SINEQUANON'	38130	ECHIROLLES	Montant forfaitaire	26 000,00 €	x	21/11/24	12
24A0362	1	Fourniture et acheminement de gaz naturel alimentant les points de livraison de la Ville de Grenoble et du CCAS de Grenoble-Lot 1 Site Ville de Grenoble & CCAS relevant de l'option tarifaire T3	Fournitures	Accord-cadre à marchés subséquents	Appel d'offres ouvert	GEG SOURCE D'ENERGIES	38000	GRENOBLE	Montant unitaire	x	40 000 MWh	16/12/24	48
24A0363	2	Fourniture et acheminement de gaz naturel alimentant les points de livraison de la Ville de Grenoble et du CCAS de Grenoble-Lot 2 Sites Ville de Grenoble et CCAS relevant des options tarifaires T2 et T1	Fournitures	Accord-cadre à marchés subséquents	Appel d'offres ouvert	GEG SOURCE D'ENERGIES	38000	GRENOBLE	Montant unitaire	x	48 000 MWh	16/12/24	48
24A0375	1	23 bis rue Anatole France - Démolition du bâtiment	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	ENTREPRISE CONVERSO	38450	VIF	Montant forfaitaire	39 746,44 €	x	05/12/24	6
24A0396		Site Claudel - BAM - Travaux de régulation pour l'installation du chauffage électrique	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (< 90 000 € H.T.)	ENTREPRISE MOROT	38120	SAINT-EGREVE	Montant forfaitaire	43 279,00 €	x	31/10/24	16
24A0404		Bourse du travail - Travaux d'isolation sous face	Travaux	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure adaptée en raison du montant (< 40 000 € H.T.)	SAIT	38320	BRESSON	Montant forfaitaire	36 450,00 €	x	08/11/24	13
24AFB089		Insertion et de qualification professionnelle : prestations de nettoyage et d'entretien sur les équipements publics	Services	Accord-cadre à bons de commandes	Procédure adaptée en raison de l'objet (services sociaux et spécifiques > 90 000 € H.T.)	REGIE DE QUARTIER VILLENEUVE-VILLAGE OLYMPIQUE-VIGNY MUSSET	38100	GRENOBLE	Montant unitaire	x	420 000,00 €	17/12/24	48
24APM086		GROUPE SCOLAIRE HOUILLE BLANCHE - Mission de maîtrise d'œuvre pour la construction d'un restaurant scolaire, la rénovation de l'école maternelle et la requalification de la cour de l'élémentaire	Maîtrise d'oeuvre	Marché à prix global et forfaitaire	Procédure avec négociation	ATELIER A	38000	GRENOBLE	Montant forfaitaire	608 420,00 €	x	04/11/24	48



## CONVENTION DE PARTENARIAT POUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE COMMUNALE

### ENTRE LES SOUSSIGNÉS, D'UNE PART :

La Ville de Grenoble  
11 Boulevard Jean Pain 38000 Grenoble

Représentée par Monsieur Eric PIOLLE, Maire de la Ville de Grenoble et habilité à signer la présente convention, ou son représentant-e

### Ci-après dénommée « LA VILLE DE GRENOBLE »,

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Grenoble  
47, avenue Marcelin Berthelot 38100 Grenoble

Représenté par Monsieur Nicolas KADA, Vice-président du CCAS de Grenoble et habilité à signer la présente convention,

### ET D'AUTRE PART :

Mutuelle Entrenous  
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité  
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 309 244 648  
Dont le siège social est situé 27 Allée Albert Sylvestre – Oméga, Polygone IV, 73000 CHAMBERY  
Représentée par, Monsieur Glen KERGUNTEUIL, Président du Conseil d'Administration,  
Ayant tous pouvoirs à effet des présentes,

### Ci-après dénommée « LA MUTUELLE »,

### Ci-après dénommées individuellement « Partie » ou collectivement « Parties »

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L.2121-29 ;  
Vu le code la mutualité, notamment son article L110-1 ;  
Vu le code de la santé publique ;  
Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé ;  
Vu la délibération du XX mars 2024 validant le Plan Municipal de Santé ;  
Vu les enjeux du Contrat Local de Santé ;  
Vu l'Appel à Manifestation d'Intérêt publié par la Ville de Grenoble le 5 août 2024 ;  
Vu la délibération du conseil municipal de la Ville de Grenoble du 03 février 2025 actant de la signature d'une Convention de partenariat entre la Ville de Grenoble, le CCAS et la Mutuelle Entrenous pour la création d'une mutuelle communale ;  
Vu la délibération du conseil d'administration du 20 février 2025 du CCAS actant de la signature d'une Convention de partenariat entre la Ville de Grenoble, le CCAS et la Mutuelle Entrenous pour la création d'une mutuelle communale ;

**IL EST PRÉALABLEMENT EXPOSÉ CE QUI SUIT :**

**La Ville et le CCAS de Grenoble sont engagés en faveur de la réduction des inégalités de santé et de la lutte contre le non-recours aux droits et aux soins.** Le Plan Municipal de Santé 2024-2028 décline ainsi des actions qui visent à améliorer l'accès aux soins et à la prévention pour tous et toutes et plus spécifiquement pour les personnes en situations de précarité.

Pour améliorer les conditions d'accès à une couverture de frais de santé, LA VILLE DE GRENOBLE, accompagne la mise en œuvre d'un dispositif de « Mutuelle Communale » à destination de tous ses habitant-es et/ou toute personne exerçant une activité professionnelle/étudiante sur le territoire de la commune, dont les agent-es des services de la Ville et du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Grenoble.

Ce dispositif s'adresse aux étudiant-es, jeunes sans emploi, seniors, agriculteurs-trices, professions libérales, commerçants, artisans, chômeur-euses, intérimaires, salarié-es en CDD, salarié-es à multiemployeurs, salarié-es en CDI à temps partiel et/ou plus généralement toute personne n'entrant pas dans le cadre des obligations de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) et souhaitant améliorer leur couverture maladie complémentaire.

Le dispositif « Mutuelle Communale » a pour objectifs de :

- Lutter contre les inégalités d'accès aux soins des personnes qui, par manque de moyens, font l'économie d'un organisme de complémentaire santé
- Permettre le retour à une couverture de soins en bénéficiant d'un coût réduit, contribuant à un retour aux soins de santé
- Proposer des solutions pour obtenir une amélioration du pouvoir d'achat à prestations équivalentes
- Diffuser une information claire et précise sur les différents dispositifs d'aide (Complémentaire Santé Solidaire, aides financières à la complémentaire santé), déceler et accompagner les bénéficiaires potentiels

**La Mutuelle Entrenous est une mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code la Mutualité.**

Elle a pour objet, conformément à ses statuts :

- D'apporter son concours à l'amélioration de la protection sociale et favoriser l'accès aux soins des populations
- De réaliser des opérations d'assurances pour la couverture des risques de dommages corporels liées à des accidents ou à la maladie dans la branche 1 et 2 pour lesquelles elle est agréée
- De négocier et souscrire un ou plusieurs contrats collectifs d'assurance répondant aux besoins de ses adhérents et à des besoins accessoires liés, dans les conditions prévues par le Code des assurances, le Code de la Mutualité ou le Code de la Sécurité Sociale
- De mettre en relation ses adhérents avec un ou plusieurs assureurs ou intermédiaires, partenaires ou non, ou signaler l'un à l'autre
- De représenter ses adhérents dans le cadre des contrats qu'elle souscrit et défendre leurs intérêts auprès des organismes d'assurance et plus, généralement, auprès de toute autre structure intervenante
- De mettre en œuvre des actions solidaires, préventives et éducatives auprès de ses adhérents, dans tous les domaines favorisant l'accès à la prévention, aux soins et à la santé, notamment environnementale
- De rendre les adhérents attentifs à l'évolution et à la maîtrise des dépenses de santé

Conformément à leurs objectifs, les Parties ayant manifesté leurs volontés de négocier et de mettre en place un dispositif de garantie de complémentaire santé au profit des habitant-es de la ville de Grenoble, des agent-es de LA VILLE DE GRENOBLE et du CCAS et/ou de toute personne exerçant une activité professionnelle/étudiante au sein de la commune, non bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé obligatoire.

La mise en place de ce dispositif sera réalisée selon les conditions ci-après stipulées.

## **IL EST ARRÊTÉ CE QUI SUIT :**

### **ARTICLE 1 : OBJET DE LA PRÉSENTE CONVENTION**

La présente convention a pour objet de déterminer les modalités de partenariat entre LA VILLE DE GRENOBLE ET LA MUTUELLE pour la mise en place d'une complémentaire santé négociée, portée par La Mutuelle Entrenous. Elle sera ouverte :

- à tous-tes les habitant-es de LA VILLE DE GRENOBLE,
- à toute personne exerçant une activité professionnelle,
- à tout étudiant-e sur le territoire de la commune,
- dont les agent-es des services de la Ville et du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Grenoble,

non-bénéficiaires d'une couverture de complémentaire santé à caractère obligatoire.

Elle vise la mise en place d'une complémentaire santé sous la forme de contrats individuels souscrits entre chaque bénéficiaire et LA MUTUELLE, dans le cadre de tarifs négociés collectivement avec LA VILLE DE GRENOBLE.

LA VILLE DE GRENOBLE n'est ni assureur, ni souscripteur du contrat de complémentaire santé, ni financeur du dispositif.

La présente convention est exclusive de toute activité totale ou partielle de distribution entre LA MUTUELLE et LA VILLE DE GRENOBLE.

Elle n'emporte ni la qualité de distributeur pour LA VILLE DE GRENOBLE ni la qualité de concepteur pour LA MUTUELLE.

Elle n'est donc pas soumise aux dispositions découlant de la Directive UE 2016-97 du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances et de réassurance ainsi qu'aux articles L.511-1 et suivants et R.511-1 et suivants du Code des assurances.

### **ARTICLE 2 : ENGAGEMENT GÉNÉRAL DE LA MUTUELLE ENTRENOUS**

#### **2.1. Garanties**

LA MUTUELLE s'engage à fournir l'offre proposée et négociée avec LA VILLE DE GRENOBLE dans le cadre de l'Appel à Manifestation d'Intérêt publié le 5 août 2024. Cette offre est présentée en annexe à la présente convention.

Dans ce cadre, LA MUTUELLE s'engage à ne pas appliquer aux adhérent-es :

- De droit d'entrée ou de souscription
- De délai d'attente ou de carence
- De frais de dossier
- De questionnaire de santé
- De limite d'âge ou tout autre critère d'exclusion

#### **2.2. Tarifs**

Les cotisations s'entendent pour l'année civile. Les cotisations proposées sont toutefois garanties pour toute la durée de la convention de partenariat, renouvellement compris, sous réserve d'un ratio annuel P/C (Prestation/Cotisation) ne dépassant pas 110 %.

*Le P/C (Prestation/Cotisation) se calcule de la manière suivante : (Prestations + FMT) / (Cotisations HT – Chargements)*

*- Prestations : les prestations se réfèrent aux sommes versées ou restant à verser par une mutuelle aux bénéficiaires en cas de sinistre couvert par le contrat.*

*- FMT (Forfait Médecin Traitant)*

- *Cotisations H.T. (Hors Taxes) : les cotisations H.T. sont les montants mutuelle pour leur couverture, excluant toutes formes de taxes. Ces cotisations sont calculées avant l'application des taxes applicables aux contrats d'assurance, et sont utilisées pour financer les prestations et les charges de la mutuelle.*

- *Chargements : désignent les frais supplémentaires inclus dans la cotisation, au-delà des coûts purement liés au risque couvert. Ces frais peuvent inclure les coûts d'administration, les contributions aux réserves de la Mutuelle et d'autres dépenses administratives ou de gestion.*

En cas de dépassement du ratio annuel P/C limite fixé à 110 %, LA MUTUELLE préconisera une revalorisation tarifaire, effective au 1er janvier de l'année suivante. Cet indicateur P/C fera l'objet d'une communication trimestrielle au Comité de Pilotage, permettant ainsi de suivre et d'analyser le résultat technique et de valider conjointement toute augmentation tarifaire éventuelle de l'offre « Mutuelle Communale ».

Par ailleurs, l'augmentation tarifaire sera soumise aux plafonds suivants :

P/C min.	P/C max.	Evolution des tarifs
110,01 %	115,00 %	6,60 %
115,01 %	120,00 %	7,20 %
120,01 %	135,00 %	8,00 %
135,01 %	150,00 %	10,50 %

### 2.3. Relation avec les adhérent-es

LA MUTUELLE s'engage à :

- Assurer un service et des prestations de qualité par l'intermédiaire d'un centre d'accueil téléphonique ;
- Proposer aux habitant-es exclusivement des produits relevant de l'assurance maladie complémentaire, à l'exclusion de tout autre type de contrat d'assurance (ex : automobiles, habitation, etc.) ;
- Proposer aux habitant-es une offre correspondant à la réglementation 100 % santé ;
- Fournir tous les documents d'information et contractuels relatifs à la couverture complémentaire santé ;
- Exercer une mission de conseil auprès des bénéficiaires (analyses des besoins, comparatifs de garanties, aide à la résiliation de leur ancien contrat santé) ;
- Respecter toutes les réglementations auxquelles elle peut être soumise, notamment celles relatives au « contrat responsable » et à l'activité de distribution d'assurance ;

Elle s'engage par ailleurs à repérer les personnes éligibles à la Complémentaire Santé Solidaire et/ou à des aides financières à la complémentaire santé et à les orienter vers les structures compétentes afin qu'elles puissent faire valoir leurs droits. Dans ce cadre, LA MUTUELLE s'engage à travailler en collaboration avec les services d'accès aux droits portés par LA VILLE DE GRENOBLE et le CCAS afin de faciliter l'accès aux droits en santé et augmenter le taux de recours des personnes éligibles aux aides disponibles.

### ARTICLE 3 : ENGAGEMENT GÉNÉRAL DE LA VILLE DE GRENOBLE

LA VILLE DE GRENOBLE s'engage à faire connaître le dispositif à ses administré-es, ainsi qu'aux agent-es de LA VILLE DE GRENOBLE et du CCAS et aux personnes exerçant une activité professionnelle/étudiant-e sur le territoire de la commune.

LA VILLE DE GRENOBLE s'interdit de :

- représenter LA MUTUELLE à l'égard des tiers et de communiquer quelque document que ce soit qui émanerait de ses services ;
- prendre toutes mesures pour aider ses administré-es, de même que toutes les personnes exerçant une activité professionnelle/étudiante sur son territoire, à souscrire une adhésion à l'une quelconque des garanties prévues au dispositif « Mutuelle communale », et notamment de :
  - leur exposer à l'oral ou à l'écrit, des conditions de garanties, des propositions, des notes de couverture ou des contrats d'assurance ;
  - leur communiquer tous documents nécessaires à l'établissement d'un contrat et de lui faire remplir tous types de formulaires ou autres documents obligatoires au regard de la réglementation applicable ;
  - leur fournir, à l'oral ou à l'écrit, un conseil ou une assistance quelconque en vue d'orienter son choix potentiel vers la souscription ou l'adhésion à une garantie ;
  - recueillir ou solliciter la souscription ou la signature d'une adhésion ou d'un avenant.

## **ARTICLE 4 : DISTRIBUTION ET COMMUNICATION**

### **4.1. Permanences d'information et d'adhésion**

LA MUTUELLE s'engage, dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif « Mutuelle Communale », à assurer des permanences d'information et d'adhésion dans les locaux de LA VILLE DE GRENOBLE et du CCAS, ou tout autre lieu décidé entre les Parties

Les lieux envisagés pour ces permanences régulières sont :

- les Maisons des Habitant-es (MDH)
- l'Hôtel de Ville de Grenoble et le Centre Communal Camille Claudel
- la Future Cité des aîné-es et des aidant-es dont la création est prévue en 2025

Des actions en aller-vers sur l'espace public pourront être ajoutées aux lieux habituels de permanence en lien avec les actions menées par les services de la Ville et du CCAS.

La fréquence et les lieux de ces permanences seront définis et ajustés selon les besoins et en accord entre les Parties avec un minimum de 10 permanences d'une demi-journée par semaine et seront ajustés en fonction de l'activité. Les changements sur les permanences seront validés collectivement par les Parties.

Pour la bonne exécution de la convention, LA VILLE DE GRENOBLE s'engage, pendant toute la durée de la convention, à la mise à disposition d'un espace pour les permanences, pour les réunions d'informations et toutes autres actions définies d'un commun accord entre les Parties afin de faciliter les démarches des concitoyen-nes.

Durant les permanences, les collaborateur-trices de LA MUTUELLE resteront, sous l'autorité et la responsabilité de LA MUTUELLE ; la présente convention n'emportant aucune mise à disposition de personnel au sens de l'article L8241-2 du Code du travail. Cependant, LA MUTUELLE se porte fort du respect par ses collaborateur-trices du respect des règlements intérieurs, des locaux, des mobiliers et matériels mis à disposition par la VILLE DE GRENOBLE. Elle justifie à première demande de LA VILLE DE GRENOBLE d'une attestation d'assurance de sa responsabilité civile professionnelle par un organisme d'assurance notoirement solvable.

### **4.2. Communication publique**

Les Parties s'engagent à collaborer sur tous les aspects de la communication relative à la « Mutuelle communale ». La validation des outils de communication seront effectuées conjointement par LA VILLE DE GRENOBLE et LA MUTUELLE. Les Parties s'engagent à mentionner systématiquement le partenariat dans toute communication relative à la « Mutuelle communale » et à faire figurer leurs logos respectifs sur

l'ensemble des supports (flyers, affiches, etc.).

LA VILLE DE GRENOBLE s'engage à mettre à disposition ses canaux de communication habituels (journal municipal, site internet, panneaux d'affichage, réseaux sociaux) pour promouvoir la « Mutuelle communale ».

LA MUTUELLE s'engage à accompagner et compléter les actions de communication mises en œuvre par LA VILLE DE GRENOBLE avec un budget initial d'environ 20 000 € au lancement du dispositif, puis un budget récurrent de 10 000 € par an pour maintenir une communication régulière et efficace.

LA MUTUELLE s'engage également, en collaboration avec LA VILLE DE GRENOBLE, à :

- Assurer à minima trois réunions d'information publique à destination de la population générale et/ou de publics spécifiques (habitant-es, agent-es, étudiant-es, etc.) au lancement du dispositif de « Mutuelle communale », puis annuellement au besoin
- Participer activement à des événements organisés par LA VILLE DE GRENOBLE et/ou le CCAS, avec un minimum de 4 événements par an, qui seront à définir entre les Parties : par exemple, forums des seniors, des jeunes, des associations, Journée d'accès aux droits, Fête des agent-es, Fêtes des Maisons des Habitant-es (MDH), Biennale des Villes en transition, Été Oh Parcs, etc.
- Déployer des actions de prévention et de promotion de la santé à destination des habitant-es et des agent-es de la Ville et du CCAS avec à minima :
  - 1 action par an à destination des agent-es
  - 1 action par an à destination des étudiant-es
  - 1 action par an à destination des aidant-es
  - 1 action par an à destination des seniors
  - 4 bilans auditifs et optiques gratuits en collaboration avec le réseau mutualiste ECOUTER-VOIR par an

Ces actions de prévention seront organisées en collaboration avec LA VILLE DE GRENOBLE et/ou le CCAS et pourront avoir lieu dans le cadre de la présence à des événements/temps forts organisés par la collectivité.

#### **4.3. Formation / Information des professionnel-les**

LA MUTUELLE s'engage, en collaboration avec LA VILLE DE GRENOBLE, à :

- Assurer à minima une réunion d'information partenariale à destination des professionnel-les du territoire au lancement du dispositif de « Mutuelle communale », puis annuellement au besoin
- Assurer, au lancement du dispositif, puis annuellement au besoin, à minima une session de formation d'une demi-journée à destination des agent-es de la Ville, du CCAS et de partenaires travaillant en lien avec les publics cibles de la « mutuelle communale » et sur le champ de l'accès aux droits (médiatrices en santé, écrivaines publiques, travailleurs-euses sociaux-ales, direction des ressources humaines) sur les complémentaires santé et les modalités d'adhésion à la « mutuelle communale »

#### **ARTICLE 5 : GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA CONVENTION**

Le suivi de ce projet est porté par la Direction de la Santé Publique et Environnementale de la Ville.

La gouvernance et le suivi du dispositif s'effectuera au rythme d'un comité de pilotage par trimestre la première année du partenariat, puis au rythme minimal d'un comité de pilotage par semestre les années suivantes.

Pour la Ville, le comité de pilotage est composé à minima de représentants de la Direction de la Santé Publique et Environnementale de la Ville, de représentants de la Direction générale Ville Solidaire, de l' élu à la Santé. D'autres directions de la ville ou du ccas pourront être invités à rejoindre le Comité de pilotage.

LA MUTUELLE s'engage à présenter chaque trimestre/semestre, en amont du comité de pilotage, les éléments permettant d'assurer une visibilité sur le dispositif, à savoir :

- Nombre d'adhérent-es dont ceux-elles qui n'avaient pas de complémentaire santé avant d'adhérer au dispositif communal
- Âges et situations socio-professionnelles des adhérent-es et typologie des ménages concernés (Personne seule, Couple sans enfant, Couple avec enfant(s) à charge, Famille nombreuse - à partir de 3 enfants à charge, Famille monoparentale -un ou plusieurs enfants)
- Nombre de permanences effectuées, lieux et calendrier, nombre de participant-es, nombre de contacts établis
- Nombre d'orientations vers la Complémentaire Santé Solidaire / Aides à la complémentaire santé
- Dépenses par catégorie de soins
- Proposition de thématiques d'ateliers de prévention selon les besoins locaux identifiés
- Nombre d'actions de prévention réalisées, nombre de participants-es et contenus
- Nombre de réunions avec les adhérent-es, nombre de participant-es et contenus
- Nombre de réclamations et contenus
- Évolutions législatives et réglementaires à venir

À l'issue de la mise en place du dispositif, le comité de pilotage veillera pendant la durée de la convention :

- Au respect des engagements de chaque partie
- À l'évolution des contrats des adhérents
- Au suivi du déroulement du projet, à son évaluation régulière et aux évolutions possibles
- À la mise en place d'un outil de suivi et de traitement des réclamations
- Au suivi des évolutions législatives et/ou réglementaires en la matière

## **ARTICLE 6 : DURÉE ET DÉNONCIATION DE LA CONVENTION**

La présente convention prend effet à sa signature pour une période de trois ans.

Elle pourra être renouvelée au-delà des trois ans par avenant, dans la limite de deux fois un an.

En cas de souhait de dénonciation de la convention par une des Parties, elle devra notifier sa décision à l'autre Partie, par lettre recommandée avec accusé de réception, deux mois au moins avant le terme déterminé dans le présent article.

L'acte contractuel entre LA MUTUELLE et l'adhérent-e à la « Mutuelle communale » est indépendant de la convention de partenariat. Ainsi, en cas de fin de la convention, les contrats en cours seront maintenus.

## **ARTICLE 7 : RÉMUNÉRATION DES PARTIES**

La présente convention de partenariat a été signée à des fins purement sociales et solidaires. Dès lors, les Parties s'engagent à respecter le caractère et l'objectif social de l'action, et ainsi à ne percevoir aucune rémunération ou avantage liée à la mise en place du dispositif « Mutuelle Communale ».

## **ARTICLE 8 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Les informations nominatives concernant chaque Partie, qui sont recueillies par l'autre Partie, font l'objet de traitements fondés sur l'exécution de la présente convention et sur le consentement de chaque Partie.

Les données collectées et traitées par LA VILLE DE GRENOBLE, sont les nom et prénom du représentant de la Mutuelle, adresse mail et/ou téléphone. Les données collectées et traitées par la Mutuelle sont les nom et prénom du représentant de LA VILLE DE GRENOBLE, adresse mail et/ou téléphone.

Chaque Partie est considérée comme responsable des traitements au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (UE) 2016/679, dans le cadre du présent paragraphe. Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, chacune des Parties peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'autre Partie. Elle peut exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification et d'effacement, en adressant une demande par lettre simple ou par courrier électronique au Délégué à la Protection des Données personnelles (DPO).

Le Délégué à la Protection des Données de chacune des Parties peut être contacté par courrier électronique aux adresses suivantes :

DPO de LA MUTUELLE : [dpo@mutuelle-entrenous.fr](mailto:dpo@mutuelle-entrenous.fr)

DPO de LA VILLE DE GRENOBLE : [dpo@grenoble.fr](mailto:dpo@grenoble.fr)

Chacune des Parties peut également adresser une réclamation concernant le traitement de ses données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy, TSA 80 175, 75 334 PARIS CEDEX 07.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation de la présente convention ne pourra excéder cinq (5) années, sauf obligation légale contraire.

## **ARTICLE 9 : OBLIGATION DE CONFIDENTIALITÉ**

Chacune des Parties s'engage à respecter la confidentialité des informations et des documents reçus de l'autre Partie dans le cadre de la négociation et de l'exécution de la présente convention.

Les Parties s'engagent à ne pas utiliser ces informations à des fins étrangères à l'exécution de la présente convention.

## **ARTICLE 10 : RÉSILIATION DE LA CONVENTION**

L'inexécution, le manquement ou la faute grave de l'une des Parties dans le cadre de l'exécution de ses obligations telles qu'elles sont définies par la présente convention, non régularisé dans un délai de trente (30) jours suivant mise en demeure adressée par l'autre Partie par lettre recommandée avec accusé de réception, autorisera la Partie qui s'en plaint à résilier de plein droit la présente convention, avec un préavis d'un (1) mois.

Le fait pour l'une ou l'autre des Parties de ne pas se prévaloir d'un manquement de l'autre Partie à l'une quelconque de ses obligations au titre de la présente convention ne saurait être interprété comme une renonciation à l'exécution de l'obligation en cause.

La résiliation de la présente convention est sans préjudice aux droits de chacune des Parties aux dommages et intérêts en raison de la non-exécution ou de la mauvaise exécution de la présente convention.

## **ARTICLE 11 : DISPOSITIONS DIVERSES**

9.1 - Les stipulations de la présente convention expriment l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Elles prévalent sur toute proposition ou tout accord antérieur, ainsi que sur tout document échangé entre les Parties se rapportant à l'objet de la convention. Les titres des articles n'ont qu'une valeur classificatoire à l'exclusion de toute valeur contractuelle.

9.2 - Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de la présente convention est, dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité, réputée non écrite mais cela n'affecte en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions de la convention.

Au cas où l'exécution de l'une ou plusieurs des clauses de la présente convention serait rendue impossible du fait de son annulation, les Parties tenteront de se rapprocher afin d'établir une nouvelle clause dont l'esprit et la lettre seront aussi proches que possible de l'ancienne clause, les autres stipulations de la présente convention demeurant en vigueur.

À défaut ou si l'économie générale de la présente convention s'avérait fondamentalement bouleversée, les Parties pourraient, d'un commun accord formalisé par écrit, constater l'annulation de la présente convention dans son intégralité. Les Parties seront alors déliées de tous les engagements découlant de la présente convention sans indemnité de part ni d'autre, sous réserve de la non divulgation des informations confidentielles qui ont pu être échangées à l'occasion de la présente convention et des négociations ayant précédé sa conclusion.

La nullité de la présente convention est sans effet sur la validité des adhésions effectuées par les habitant-es de LA VILLE DE GRENOBLE, les agent-es de LA VILLE DE GRENOBLE et du CCAS, et par les personnes y exerçant une activité professionnelle/étudiante, à l'offre « Mutuelle Communale ».

9.3 - La présente convention ne peut être modifiée que par avenant signé par les deux Parties et aucune modification de l'une des dispositions de la présente convention n'est effective si elle n'est l'objet d'un tel avenant.

## **ARTICLE 12 : RÈGLEMENT DES LITIGES ET CONCILIATION**

La présente convention et les opérations qu'elle décrit sont soumises au droit français.

En cas de litige, les Parties devront tenter de négocier de bonne foi une solution amiable.

Tous différends, découlant de l'interprétation, de l'exécution totale ou partielle, ou de l'inexécution de la présente convention seront soumis aux tribunaux compétents, dans les conditions de droit commun.

Fait à Grenoble, le

En trois exemplaires originaux, dont un pour chacune des Parties

*(Signature des représentant-es des parties)*

La Ville de Grenoble  
M. Eric PIOLLE, Maire  
ou son-a représentant-e

La Mutuelle Entrenous  
M. Glen KERGUNTEUIL, Président

Le CCAS de Grenoble  
M. Nicolas KADA, Vice-président du CCAS

## **ANNEXES**

Annexe 1 - RÈGLEMENT MUTUALISTE « MUTUELLE COMMUNALE – VILLE DE GRENOBLE » COMMUN POUR LES PARTICULIERS ET ÉTUDIANT-ES

Annexe 2 - RÈGLEMENT MUTUALISTE « MUTUELLE COMMUNALE – VILLE DE GRENOBLE - GARANTIES LABELISÉES » SPÉCIFIQUE POUR LES AGENT-ES TERRITORIAUX

Annexe 3 - CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'OFFRE « TNS SANTÉ » SPÉCIFIQUE POUR LES TRAVAILLEUR-EUSES NON-SALARIÉ-ES

Annexe 4 - GRILLE TARIFAIRE « MUTUELLE COMMUNALE – VILLE DE GRENOBLE » COMMUNE POUR LES PARTICULIERS ET AGENT-ES TERRITORIAUX

Annexe 5 - GRILLE TARIFAIRE « MUTUELLE COMMUNALE – VILLE DE GRENOBLE » SPÉCIFIQUE POUR LES ÉTUDIANT-ES

Annexe 6 - GRILLE TARIFAIRE « TNS SANTÉ » SPÉCIFIQUE POUR LES TRAVAILLEUR-EUSES NON-SALARIÉ-ES

Annexe 7 - TABLEAUX DE GARANTIES « MUTUELLE COMMUNALE – VILLE DE GRENOBLE » COMMUNE POUR LES PARTICULIERS, ÉTUDIANT-ES ET AGENT-ES TERRITORIAUX

Annexe 8 - TABLEAU DE GARANTIES POUR L'OFFRE « TNS SANTÉ » POUR LES TRAVAILLEUR-EUSES NON-SALARIÉ-ES

# MUTUELLE COMMUNALE

## Règlement mutualiste – Responsable

### Ville de Grenoble

*(Version du 14 janvier 2025)*

## DEFINITIONS

Les termes et expressions inscrits dans le Règlement Mutualiste en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

**100% SANTÉ** : Dispositif qui définit un ensemble de Prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes : audiology (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Les paniers du dispositif 100% SANTÉ ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

Ces paniers sont pris en charge intégralement, par la Sécurité sociale et par les contrats responsables des organismes complémentaires d'assurance maladie, sans frais supplémentaire à la charge de l'Assuré.

Les Assurés qui choisissent les soins du panier 100% SANTÉ n'ont donc plus de frais à leur charge. Pour autant ils ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100% SANTÉ, s'ils le souhaitent.

Le présent Règlement intègre le dispositif du 100% SANTÉ.

**Accident** : On entend par accident, toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de l'accident incombant à l'Assuré.

**Actes Hors Nomenclature** : Désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

**Adhésion** : Le contrat entre la Mutuelle et le Membre participant découlant de la signature d'un Bulletin d'adhésion, et se composant dudit Bulletin, du présent Règlement et des Statuts de la Mutuelle.

**Affiliation** : L'acte administratif permettant de rattacher les Ayants droit à l'Adhésion souscrite par le Membre participant.

### Assiette des remboursements :

- Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la sécurité sociale.
- Honoraire limite de facturation (HLF) : correspond au montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné, en particulier pour certains actes prothétiques dentaires.
- Montant remboursé par la sécurité sociale (MR) : ce montant est égal à la Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la sécurité sociale.
- Prix limite de vente (PLV) : correspond au montant maximum de vente, fixé réglementairement et s'appliquant aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, que les professionnels de santé sont tenus de respecter.
- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la Base de remboursement de la sécurité Sociale (BRSS) et le Montant remboursé par la sécurité sociale (MR).

**Assuré** : La personne physique sur laquelle pèse le Risque. Il peut s'agir du Membre participant et le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants droit.

### Ayants droit :

- Le Conjoint du Membre participant :
- Les enfants à charge du Membre participant : sont réputés à charge du Membre participant, les enfants fiscalement à charge du Membre participant ou de son Conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours :
  - ⇒ Âgés de moins de 21 ans (sans justificatif) ;
  - ⇒ Âgés de moins de 28 ans (avec justificatifs) :
    - S'ils poursuivent leurs études,
    - Ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
    - Ou sont sous contrat d'apprentissage,
    - Ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.

Les enfants sont considérés « à charge », quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, et titulaires de la « carte mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire.

**Bénéficiaire** : La personne qui recevra la Prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du Risque frais de soins de santé garanti par l'Adhésion.

**Bulletin d'adhésion** : Le document destiné au Membre Participant de nature à permettre son Adhésion au présent Règlement, qui mentionne notamment la Formule et, le cas échéant, la ou les Options qu'il a choisie(s).

**Conjoint** : Le conjoint du Membre participant légalement marié, non séparé de corps à la date de l'événement donnant lieu à Prestations.

Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil, ou le concubin sous réserve que son union avec le Membre participant réponde aux conditions fixées par l'article 515-8 du même code, que le Membre participant et son concubin soient libres de tout engagement, et que leur domicile fiscal soit identique.

**Dépassement d'honoraires** : La part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

**Forfait journalier hospitalier (FJH)** : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

**Forfait Patient Urgence (PFU)** : Somme forfaitaire facturée au patient pour tout passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

**Formule** : Regroupement de Garanties dont le niveau de Prestations est choisi par le Membre participant, au moment ou au cours de son Adhésion.

**Garantie** : L'engagement de la Mutuelle de verser une Prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les Ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

**Membre participant** : La personne physique qui fait acte d'adhésion, signataire du Bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations, afin de bénéficier et faire éventuellement bénéficier ses Ayants droit des Prestations de la Mutuelle.

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE



**Mutuelle** : Mutuelle ENTRENOUS, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN n° 309 244 648, dont le siège social est situé 27 allée Albert Sylvestre – Immeuble Oméga – 73000 CHAMBERY.

**Nomenclature** : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- Pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;
- Pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie, ...) et pour les actes dentaires, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- Pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- Pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage, ...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- Pour les soins hospitaliers il s'agit des groupes homogènes de séjours (GHS).

**OPTAM et OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAMTS et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de Garanties, la mention « OPTAM et OPTAM-CO » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « NON OPTAM et OPTAM-CO » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO est consultable sur le site internet : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

**PACS** : Il s'agit du sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

**Parcours de soins** : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

**Plafond / « Forfait »** : Montant maximum de Prestations dont l'application dépend des frais réellement supportés par l'Assuré.

Dans le langage courant, le « Forfait » désigne le Plafond

appliqué à certaines Dépassesments d'honoraires non pris en charge par l'Assurance Maladie (chirurgie réfractive, médicaments non remboursables, ostéopathie...).

**Prestation** : Elle correspond à l'exécution de la Garantie par la Mutuelle.

**Risque** : Le risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'Assuré (Accident, Maladie).

**Sinistre** : Le sinistre correspond à la réalisation du Risque.

**Tiers payant (dispense d'avance de frais)** : Système de paiement qui évite aux Assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou par la Mutuelle pour les soins ou produits délivrés.

## I- DISPOSITIONS GENERALES ADHESION

### 1) Objet du Règlement Mutualiste

Le présent Règlement Mutualiste a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la Mutuelle garantit les Membres participants et leurs Ayants droit contre les Risques liés aux frais de soins de santé.

Conformément aux statuts de la Mutuelle ENTRENOUS, le présent Règlement individuel référencé Gamme « Mutuelle Communale » est adopté par le Conseil d'Administration et s'applique à toute nouvelle Adhésion à l'une des Formules de Garanties qu'il prévoit.

La Formule effectivement souscrite par le Membre participant est définie au Bulletin d'adhésion.

Les Formules exposées au présent Règlement sont conformes aux règles relatives au contenu du dispositif d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrats responsables » fixé par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par les articles R.871-1 et R.871-2 du même code. Elles sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives auxdits contrats.

### 2) Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au présent Règlement, les personnes physiques âgées d'au moins 16 ans (article L.114-2 du Code de la mutualité) à la condition que celles-ci soient assurées par un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et qu'elles résident en France au sens des dispositions de l'article R.115-6 du Code de la sécurité sociale.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une Adhésion antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

L'Adhérent peut procéder à l'inscription des Ayants droit, nommément désignés au Bulletin d'adhésion.

### 3) Modalités d'adhésion et choix de la Formule

#### 3-1. Présentation des Formules

La Gamme « Mutuelle Communale - Ville de Grenoble » est composée de cinq (5) Formules :

Bauges, Vercors, Belledonne, Beaufortain, Vanoise, dont les Garanties sont définies au tableau des Garanties.

#### 3-2. Modalités d'adhésion

La personne souhaitant adhérer à l'une des Formules du présent

Règlement doit compléter et signer le Bulletin d'adhésion qui précise notamment :

- Ses nom et prénom ainsi que sa date de naissance, en sa qualité de souscripteur ;
- L'identité des Assurés ;
- La Formule de Garanties souscrite ;
- Le montant des cotisations et les modalités de leur paiement ;
- La date d'effet des Garanties souscrites ;
- Les conditions d'entrée en vigueur des Garanties.

Elle joint au Bulletin d'adhésion les pièces justificatives suivantes :

- La copie d'une sa pièce d'identité officielle en cours de validité, à jour au moment de l'Adhésion,
- Les attestations d'affiliation au régime obligatoire d'Assurance Maladie des Assurés,
- Le cas échéant, un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- Un relevé d'identité bancaire pour chaque Assuré de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part,
- Le cas échéant, un mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé, accompagné d'un RIB, pour le paiement des cotisations.
- Le cas échéant, tout document justifiant de la qualité du Conjoint s'il est Assuré.
- Le cas échéant, une attestation d'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur, pour bénéficier de la cotisation « étudiant », uniquement applicable pour les étudiants membres participants et sans ayant-droit.

La signature du Bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, et du présent Règlement.

### 3-3. Déclarations du Membre participant

Le Membre participant certifie sincères et véritables les informations qu'il a fournies lors de la signature de son Bulletin d'adhésion. **Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l'Adhésion dans les conditions de l'article « RETICENCE ET FAUSSE DECLARATION » et les sanctions prévues aux Statuts et au présent Règlement.**

## 4) Prise d'effet de l'Adhésion

L'Adhésion du Membre participant et de ses Ayants droit prend effet à compter de la date figurant sur le Bulletin d'adhésion à la condition que ledit Bulletin, dûment complété et signé (manuscritement ou électroniquement), accompagné de l'ensemble des pièces justificatives listées au présent Règlement et du paiement de la première cotisation, soit envoyé à la Mutuelle ou remis dans l'une de ses agences au plus tard dans les 15 jours suivant la date d'effet souhaitée, le cachet de la Poste, ou la date de réception du courriel par la Mutuelle, ou de l'attestation de dépôt en agence, faisant foi.

À défaut de réception dans ce délai, la date de prise d'effet de l'Adhésion sera le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'envoi à la Mutuelle ou la remise en agence du dossier complet, le cachet de la Poste, ou la date de réception du courriel par la Mutuelle, ou de l'attestation de dépôt à l'agence, faisant foi.

Dans le cas où le Membre participant bénéficie déjà d'une assurance complémentaire santé au moment de son Adhésion, celle-ci prend effet au lendemain du jour de la résiliation effective du précédent contrat, afin d'assurer la continuité de sa couverture.

Le bénéficiaire des Garanties est acquis à compter de la date d'effet de l'Adhésion.

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE 31

**L'Adhésion est souscrite le 06/02/2025. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an.**

## 5) Délai d'attente

Toute Adhésion ne fait l'objet d'aucun délai d'attente :

- Les garanties sont à effet immédiat

**Le délai d'attente n'est pas appliqué aux Assurés pour toutes les Garanties prescrites par le cahier des charges du contrat responsable (articles L.871-1 et suivants du Code de la sécurité sociale).**

## 6) Faculté de renonciation

### 6-1. Vente à distance

L'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter, soit du jour où l'Adhésion a pris effet, soit du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations prévues à l'article L.222-6 du Code de la consommation si cette date est postérieure à celle de prise d'effet, pour renoncer à son Adhésion.

Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

### 6-2. Démarchage à domicile

Dans le cadre du démarchage à domicile au sens de l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du Bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, à [contact@mutuelle-entrenous.fr](mailto:contact@mutuelle-entrenous.fr).

### 6-3. Vente hors établissement

Dans le cadre de la vente hors établissement au sens de l'article L.221-1 du Code de la consommation, le Membre participant peut se rétracter dans un délai de quatorze (14) jours commençant à courir à compter de la signature du Bulletin d'adhésion.

Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

### Foires et salons

En cas de distribution du présent Règlement à l'occasion de foires ou salons, les dispositions du présent article n'ont pas vocation à s'appliquer. En effet, les articles L.224-59 à L.224-62 du Code de la consommation n'offrent aucune possibilité pour le consommateur de se rétracter.

### 6-4. Dispositions communes

Cette renonciation doit être envoyée à l'adresse suivante : Mutuelle Entrenous 27 allée Albert Sylvestre - 73000 CHAMBERY. Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après :

*« Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° Adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».*

Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai. Le délai commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour du délai.

Mutuelle Communale - Ville de Grenoble

Mutuelle Entrenous - Régie par le Livre II du Code de la Mutualité - N° SIREN : 309 244 648

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'Adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'Adhésion et la renonciation.

La Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent ainsi que des Prestations versées au cours de cette période, dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation. Passé ce délai, les sommes produisent des intérêts au taux légal majoré de 50% durant les deux premiers mois, puis au-delà de ce délai, au double du taux légal.

Toutefois, dans le cadre du démarchage à domicile, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le Membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un Risque mettant en jeu le paiement de la Garantie et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenue pendant le délai de renonciation.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux Garanties et à l'ensemble des Prestations prévues.

## 7) Affiliation des Ayants droit

### 7-1. Conditions d'Affiliation des Ayants droit

Tous les Ayants droit doivent être ressortissants d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et résidents en France au sens des dispositions de l'article R.115-6 du Code de la sécurité sociale.

L'Affiliation des Ayants droit est indissociable et indivisible de l'Adhésion du Membre participant.

### 7-2. Modalités et date d'effet de l'affiliation des Ayants droit

Le Membre participant affilié à l'Adhésion, les Ayants droit qu'il souhaite.

Postérieurement à l'Adhésion, seul le Membre participant peut demander l'Affiliation d'Ayants droit en complétant un avenant au Bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

Les Garanties des Ayants droit prennent effet en même temps que celle du Membre participant lorsqu'ils sont affiliés concomitamment à sa propre Adhésion.

En cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant postérieurement à l'Adhésion du Membre participant, les Garanties prennent effet, pour l'intéressé, dès la date de l'événement en question si la demande d'Affiliation est reçue dans les deux mois qui suivent l'événement.

Dans tous les autres cas, les Garanties prennent effet le 1<sup>er</sup> jour suivant la date de réception de la demande.

La qualité d'Ayant droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Ayant droit ne remplit plus les conditions lui permettant de bénéficier de cette qualité.

### 7-3. Cessation de l'Affiliation d'Ayants droit

#### 7-3-1. Cessation de plein droit

La cessation des droits du Membre participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants droit.

Lorsqu'un Assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant droit, son Affiliation cesse le 31 décembre à minuit de l'année au cours de laquelle survient l'événement qui ne permet plus de satisfaire lesdites conditions.

Les Ayants droit de plus de 28 ans doivent cotiser isolément comme Membre participant à compter du 1<sup>er</sup> jour de l'année suivant celle où ils atteignent leur 28<sup>ème</sup> anniversaire.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les

mineurs de plus de 16 ans peuvent être Membre participant sans l'intervention de leur représentant légal.

### 7-3-2. Résiliation

L'Affiliation des Ayants droit peut être résiliée, au 31 décembre de l'année, à la demande du Membre participant notifiée par lettre recommandée ou lettre recommandée électronique avec accusé de réception à la Mutuelle, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation doit être adressée à Mutuelle Entrenous 27 Allée Albert Sylvestre - 73000 CHAMBERY, ou à [contact@mutuelle-entrenous.fr](mailto:contact@mutuelle-entrenous.fr)

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si l'Ayant droit se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire, il peut alors demander la résiliation de son Affiliation en cours d'année. Pour ce faire, le Membre participant doit communiquer à la Mutuelle une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l'absence de dispense d'affiliation. Dans ce cas, la résiliation sera effective au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande écrite, sous réserve de produire une pièce justificative.

## 8) Choix de la structure de cotisation

La structure de cotisations « ADULTE / ENFANT » ou « ETUDIANT » permet de garantir dans le cadre de la :

- Cotisation « Adulte » : le Membre participant, ou le Membre participant et son Conjoint même s'il bénéficie à titre personnel du Régime de la sécurité sociale.
- Cotisation « Enfant » : un enfant à charge tel que défini au présent Règlement, les cotisations afférentes à l'affiliation des trois premiers enfants étant définies à l'article « CAS D'EXONERATION DES COTISATIONS ».
- Cotisation « Etudiant » : le Membre participant étudiant, sans ayant-droit, sous réserve de transmettre à la Mutuelle une attestation d'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur.

Le Membre participant choisit les personnes répondant à la définition du Conjoint et/ou des Ayants droit qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des Garanties (sauf en cas de souscription au tarif « étudiant », uniquement éligible à un membre participant étudiant sans ayant-droit).

## 9) Modification de l'Adhésion à l'initiative du Membre participant

### 9-1. Changement de situation personnelle ou administrative

L'Adhérent doit informer par courrier la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les deux (2) mois qui suivent l'événement de toute modification dans sa situation ou celle de ses Ayants droit bénéficiaires, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des Prestations.

Il en est ainsi pour les changements suivants :

- Changement de domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ;
- Changement de caisse d'Assurance Maladie obligatoire ;
- Changement de régime d'Assurance Maladie obligatoire ;
- Le cas échéant, le bénéfice ou la suppression d'une prise en charge à « 100% pour toutes Prestations » par le régime d'Assurance Maladie obligatoire ;
- La modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite ;
- Le changement de compte bancaire.

Le cas échéant, la Mutuelle proposera un avenant au Membre

## 11-1. A l'initiative du Membre participant

Le Membre participant peut mettre fin à son Adhésion soit par lettre ou tout autre support adressé au

siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte

extrajudiciaire, soit par le même mode de communication à

distance que celui utilisé lors de l'Adhésion, dans les conditions

suivantes :

-

- Au 31 décembre à minuit de chaque année si la

dénunciation est notifiée à la Mutuelle au moins deux mois

avant l'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31

octobre de l'année en cours ;

-

- Au 31 décembre à minuit de chaque année si la

dénunciation est notifiée à la Mutuelle dans les vingt (20)

jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle

de cotisation, si celui-ci lui est adressé après le 15 octobre,

le cachet de la Poste faisant foi ;

-

- Un mois après la réception par la Mutuelle de la notification

de la dénonciation, si celle-ci intervient après l'expiration

d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

La Mutuelle confirme par écrit au Membre participant la réception

de la notification.

Lorsque la dénonciation de l'Adhésion intervient dans les

conditions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, la

Mutuelle communique au Membre participant un avis de

dénunciation ou de résiliation l'informant de la date de prise

d'effet de la résiliation et de son droit à être remboursé du solde

des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le

risque n'est plus couvert dans le délai de trente (30) jours à

compter de cette date.

Si la dénonciation émane d'un autre organisme assureur, la

notification doit impérativement être effectuée par lettre

recommandée ou envoi recommandé électronique et être

accompagnée du mandat donné par le Membre participant à cet

autre organisme d'effectuer pour son compte les formalités de

résiliation auprès de la Mutuelle, pour être opposable.

participant selon les modalités prescrites à la clause « MODALITES D'ADHESION ET CHOIX DE LA FORMULE ».

## 9-2. Changement de Formule

L'Adhérent a la possibilité de changer de Formule dans les conditions suivantes :

### 9-2-1. Délai à respecter

Le choix de la Formule est effectué par l'Adhérent au moment de son Adhésion et s'applique pour une durée minimale d'une année civile. Passé ce délai, l'Adhérent peut solliciter par écrit, au moins un mois avant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier et sous réserve qu'il soit à jour de ses cotisations, un changement de Formule.

Après ce premier changement, tout nouveau changement de Formule sera ensuite possible :

- à tout moment en cas de changement à la hausse ;
- au terme d'un délai de 24 mois en cas de changement à la baisse.

### 9-2-2. Date d'effet de la modification

Le changement de Formule prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier qui suit la demande, sous réserve du respect de délai visé au premier paragraphe.

En cas de changement de Formule, toute demande de Prestations sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

### 9-2-3. Modalités d'application des Plafonds et de renouvellement des équipements optiques et des aides auditives

Le versement d'une Prestation soumise à un Plafond (en fréquence et/ou en montant) dans la nouvelle Formule tiendra compte des Prestations de nature identique versées dans le cadre de la Formule précédente.

Concernant les Prestations optiques, et les Prestations d'aides auditives, le droit au remboursement de l'équipement sera apprécié en prenant en compte la date de facturation du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire ou par la Mutuelle dans le cadre de la Formule précédente.

## 10) Modification de l'Adhésion à l'initiative de la Mutuelle

Les dispositions du Règlement sont établies en fonction de la réglementation et notamment celle relative à la sécurité sociale et à la fiscalité, en vigueur à la date d'effet du Règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de modifier le présent Règlement Mutualiste, notamment en cas de changement de cette réglementation.

Les niveaux des Garanties sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année, et peuvent être modifiés notamment en fonction des résultats techniques d'exploitation, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale hors hospitalisation et du Plafond de la sécurité sociale.

Les cotisations sont également réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction notamment des résultats du compte technique d'exploitation du présent Règlement Mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

Les modifications du Règlement, des Garanties et des cotisations, sont notifiées au Membre participant et s'imposent à lui à défaut de résiliation de l'Adhésion par ses soins dans les vingt (20) jours de sa notification.

## 11) Cessation de l'adhésion

Mutuelle Communale - Ville de Grenoble

Mutuelle Entrenous - Régie par le Livre II du Code de la Mutualité - N° SIREN : 309 244 648

suyant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

#### 11-4. Cas particulier des personnes décédées

L'Adhésion est résiliée de plein droit en cas de décès du Membre participant.

Une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte.

Les cotisations déjà versées donneront lieu à remboursement prorata temporis, à compter de la date du décès, à tout membre de la famille, sur présentation d'un justificatif d'un mandat successoral.

#### 11-5. Résiliations dérogatoires

- **L'admission au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire »** : si le Membre participant est admis au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire », il peut demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, le Membre participant doit envoyer à la Mutuelle un courrier accompagné de l'attestation délivrée par le régime obligatoire. La résiliation prendra effet la veille de la date d'effet de sa couverture telle que figurant sur cette attestation et avec un effet rétroactif si nécessaire.
- **L'adhésion à un contrat collectif obligatoire** : si le Membre participant se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire. Dans ce cas, il peut demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, le Membre participant communique à la Mutuelle une attestation établie par son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l'absence de dispense d'adhésion. Dans ce cas, La résiliation de d'Adhésion du Membre participant sera effective au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande écrite.

#### 11-6. Conséquences de la cessation de l'Adhésion

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'Adhésion restent dues dans tous les cas.

Aucune Prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'Adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

En aucun cas, le Membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir Ayant droit d'un Membre participant ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'administration.

## **II- DISPOSITIONS DIVERSES**

### **1) Réticence et fausse déclaration**

#### 1-1. Réticence et fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, l'Adhésion est nulle indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Membre participant, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du Risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le Risque omis ou dénaturé par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du Risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

#### 1-2. Fausse déclaration non-intentionnelle

**Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas automatiquement la nullité de l'Adhésion.**

Si elle est constatée avant toute réalisation du Risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant. À défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée au Membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la Garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du Risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## **2) Réclamations et médiation**

Est traitée en réclamation, toute déclaration actant le mécontentement d'un Adhérent envers la Mutuelle. La réclamation peut être formulée :

- par oral, soit au sein d'une agence de la Mutuelle, soit auprès de son service téléphonique. S'il ne peut lui être donné immédiatement entière satisfaction, la Mutuelle invite l'Adhérent à formaliser sa réclamation au moyen d'un support écrit durable lui permettant de conserver une copie datée.
- par écrit (courriel, lettre recommandée, ... etc.), précisant le numéro d'adhérent, l'objet de la réclamation, et accompagné des pièces justificatives nécessaires à son instruction, cet écrit doit être adressé au service ci-après :

**Mutuelle Entrenous  
Service Réclamations  
27 allée Albert Sylvestre  
Oméga Polygone IV  
73000 CHAMBERY**

**Courriel : [reclamations@mutuelle-entrenous.fr](mailto:reclamations@mutuelle-entrenous.fr)**

La Mutuelle accuse réception de cette réclamation dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables suivant sa réception, sauf si durant ce même délai elle est en mesure d'apporter une réponse au Membre participant. Par ailleurs, elle dispose d'un délai de deux (2) mois pour répondre à la réclamation envoyée par le Membre participant.

Lorsque la réclamation est adressée à la Mutuelle par écrit, celle-ci devra y répondre par écrit.

En cas d'absence de réponse de la Mutuelle dans ce délai, ou si la réponse de la Mutuelle ne le satisfait pas, le Membre participant peut saisir le Médiateur de la consommation par voie postale à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française  
255, rue de Vaugirard  
75719 PARIS CEDEX 15**

Ou par voie électronique sur le site internet du médiateur : [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)

**Le Membre participant doit formuler sa demande de médiation dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition qu'il n'ait pas saisi les tribunaux.**

L'avis du Médiateur ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

### 3) Délai de prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, « toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. »

Quand l'action du Membre participant, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts suite à la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle au Membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des Prestations.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription régies par les articles 2240 et suivants du Code civil sont détaillées ci-après :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (art 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (art 2241 du Code civil) ;
- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (art 2244 du Code civil) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ses héritiers (art 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre

la caution (art 22

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

Article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE

S<sup>2</sup>LOW

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle, commune ou individuelle, ne peuvent, sans leur commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

### 4) Protection des données personnelles

Les informations nominatives concernant le Membre participant ainsi que ses Ayants droit recueillies par la Mutuelle font l'objet de traitements fondés sur l'exécution des mesures précontractuelles ou du contrat (1), sur l'exécution par cette dernière de ses obligations légales et réglementaires (2), sur l'intérêt légitime de la Mutuelle (3) et sur le consentement (4), afin de :

- Gérer l'Adhésion du Membre participant et l'Affiliation des Assurés (1 et 2),
- D'interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle (3 et 4),
- Permettre la participation du Membre participant aux élections et à la vie de la Mutuelle (2 et 4),
- Lutter contre la fraude (1, 2 et 3),
- Lutter contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (1,2 et 3),
- Améliorer les Garanties en cours (2 et 3),
- Effectuer des statistiques ou mesurer le taux de satisfaction des services de la Mutuelle (2, 3 et 4),
- De proposer aux Assurés des Garanties complémentaires à titre individuel (2, 3 et 4).

Lorsque le traitement est fondé sur le consentement de l'Adhérent, ce consentement peut être retiré à tout moment.

L'exigence de la communication des données à caractère personnel conditionne l'Adhésion. La non-fourniture de ces données peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuivre l'Adhésion.

La Mutuelle est considérée comme responsable des traitements au sens du Règlement Général de la Protection des Données.

Les données peuvent être communiquées :

- aux régimes obligatoires d'Assurance Maladie et au concentrateurs de Tiers payant ;
- aux prestataires de services informatiques de la Mutuelle ;
- aux conseils de la Mutuelle, et notamment aux experts comptables, commissaires aux comptes, avocats... etc. ;
- aux autorités de contrôle (ACPR, CNIL, DGCCRF ... etc.) ;
- aux banques de la Mutuelle pour le versement des Prestations et le prélèvement des cotisations,
- à TRACFIN ou à la Direction Générale du Trésor.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L.1461-3 du Code de la santé publique.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder six (6) années, sauf obligations légales contraires.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, et au Règlement (UE) 2016/679 général sur la protection des données (RGPD) le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et

réassureurs.

Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données personnelles de la Mutuelle en adressant un courrier à l'adresse suivante :

**Mutuelle Entrenous - DPO**  
**27 allée Albert Sylvestre**  
**Omega Polygone IV**  
**73000 CHAMBERY**

Ou par courriel à l'adresse suivante : [dpo@mutuelle-entrenous.fr](mailto:dpo@mutuelle-entrenous.fr)

Un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé pour permettre de confirmer l'identité de la personne présentant la demande d'exercice des droits.

Le Membre participant et les Assurés peuvent également adresser une réclamation concernant le traitement de leurs données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, TSA 80175, 75334 PARIS CEDEX 07.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre participant ou, le cas échéant, aux Ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique.

## 5) Opposition au démarchage téléphonique (Bloctel)

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Cependant, cette demande n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement l'Adhérent pour lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'assurance complémentaire santé, ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité, tant que son Adhésion est en cours d'exécution, sous réserve d'opposition expresse du Membre participant à la prospection commerciale.

## 6) Autorité de contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

## 7) Loi applicable

La loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le Membre participant ainsi que la loi applicable au présent Règlement, est la loi française à l'exclusion de toute autre.

La langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord du Membre participant, pendant la durée de l'Adhésion est la langue française.

# III- COTISATIONS

## 1) Détermination des cotisations

### 1-1. Principe

La cotisation est annuelle et due pour l'année entière.

Son montant est fixé, dans le Bulletin d'adhésion, en fonction de la Formule souscrite, Publiée le 06/02/2025, ID : 038-213801855-20250203-D20250203 5-DE de la signature du Bulletin d'adhésion puis de l'appel de cotisation annuelle (et, le cas échéant, du statut du membre participant, si Etudiant).

Le montant de son fractionnement mensuel, exprimé en euros toutes taxes, contributions et impôts compris, est indiqué dans le Bulletin d'adhésion.

L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint en cours d'année, calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de l'Assuré (Ex : Assuré né en 1977, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2017 : 40 ans.).

Elles sont affectées à la couverture des Prestations assurées directement par la Mutuelle.

Les taxes, impôts et contributions grevant les cotisations sont calculées au jour de l'échéance des cotisations. Elles sont toujours à la charge du Membre participant de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

Si l'Adhésion prend effet en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'au terme de la première année d'Adhésion.

### 1-2. Évolution des cotisations

Les cotisations évoluent automatiquement chaque 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'âge atteint par le Membre participant, et, le cas échéant, de ses Ayants droit, sans préjudice des modifications qui peuvent être appliquées dans le cadre des articles « MODIFICATION DE L'ADHESION A L'INITIATIVE DE L'ADHERENT » et « MODIFICATION DE L'ADHESION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE ».

Le changement de lieu de résidence en cours d'année n'a pas d'incidence sur les cotisations fixées.

### 1-3. Cas d'exonération des cotisations

Pour les Formules Bauges, Vercors, Belledonne, Beaufortain et Vanoise :

- Le 1<sup>er</sup> enfant est couvert gratuitement durant 6 mois à compter de sa date de naissance ;
- Le 2<sup>ème</sup> enfant est couvert gratuitement :
  - ⇒ Durant 6 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte moins de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
  - ⇒ Durant 8 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte plus de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
- Le 3<sup>ème</sup> enfant est couvert gratuitement :
  - ⇒ Durant 8 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte moins de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
  - ⇒ Durant 10 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte plus de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
- Gratuité de la cotisation à compter du 4<sup>ème</sup> enfant et les suivants.

## 2) Paiement des cotisations

### 2-1. Avis d'échéance

La cotisation est appelée dans le cadre d'un avis d'échéance dénommé « appel de cotisation » adressé à chaque Membre participant, annuellement.

La non-réception de l'« appel de cotisation » par le Membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit,

dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

## 2-2. Règlement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Il intervient selon les modalités définies au Bulletin d'adhésion. Le Membre participant choisit son mode de paiement au moment de son Adhésion : virement, prélèvement, carte bancaire, chèque, espèces.

Il peut en changer sur demande écrite de sa part auprès de la Mutuelle, la modification interviendra au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le paiement de la cotisation annuelle peut être fractionné mensuellement, sauf dans le cas d'un règlement par chèque. Le fractionnement ne constitue toutefois qu'une facilité de paiement accordé au Membre participant et ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

La première fraction de cotisation est payable à l'Adhésion, les autres fractions doivent être réglées aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle au Membre participant.

## 2-3. Défaut de paiement

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Garantie est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du Membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la Garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle est en droit de résilier la Garantie au plus tôt dix (10) jours après la suspension de cette dernière.

Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à défaut de paiement dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé dans la mise en demeure, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de l'Adhésion.

L'Adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où est payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de mise en demeure à l'euro l'euro.

## 2-4. Frais de gestion

En cas de rejet de prélèvement bancaire, ou de chèque sans provision, la Mutuelle se réserve le droit de refacturer les frais de rejet de prélèvement ou de chèque à l'euro l'euro.

# IV- GARANTIE SANTE

## 1) Objet des Garanties frais de soins de santé

Les Garanties ont pour objet de rembourser aux Assurés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, tout ou partie des frais de soins de santé engagés en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les frais de soins santé doivent correspondre à des soins reçus, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, postérieurement à la date d'effet de l'Adhésion ou de l'Affiliation

de l'Ayant droit, et en l'assurance.

Les frais de soins sont occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions du paragraphe « **FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER** » ci-dessous.

La date des frais de soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'Assurance Maladie, sauf cas spécifiques. Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), la date du fait générateur est réputée être la date portée sur le décompte de remboursement du régime obligatoire.

Peuvent être également couverts certains frais de soins de santé ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'Assurance Maladie selon la Formule choisie par le Membre participant. Pour ces remboursements, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Les frais de soins de santé donnent lieu à un remboursement dans les conditions prévues à la Formule souscrite par le Membre participant.

## Frais de soins de santé à l'étranger

La Mutuelle garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de réciprocité avec le régime obligatoire d'Assurance Maladie français.

- **Séjours temporaires à l'étranger - Membre participants détachés** : la Mutuelle intervient dès lors que le Membre participant bénéficie d'une prise en charge par le régime obligatoire français, en complément des tarifs théoriques de la sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les Garanties prévues au présent Règlement.
- **Expatriés** : le Règlement ne couvre pas les expatriés.

La Mutuelle prend en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

## 2) Contrat responsable

Les Prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale qui définissent les « contrats responsables ».

La Mutuelle prend ainsi en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale, sauf pour les Prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon la Formule choisie par le Membre participant ;

2°/ Si cette garantie est prévue dans la Formule choisie par le Membre participant, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3°/ Les dépenses d'acquisitions des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- A hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la sécurité sociale pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article

**L.165-1 du Code de la sécurité sociale (CLASSE A)**, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1<sup>o</sup> pour l'acquisition de l'équipement.

Lorsque cet équipement (de classe B) est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'Assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

**Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture de classe B est limitée à 100 euros.**

L'Assuré peut faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (A et B).

Ces Garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, **par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale**, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4<sup>o</sup>/ Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la sécurité sociale**, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

5<sup>o</sup>/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée.

6<sup>o</sup>/ Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

- A hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité, **dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la sécurité sociale**, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code ;
- Si la Formule choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1<sup>o</sup> pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée, **dans la limite de 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1<sup>o</sup> pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.**

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive **par période de quatre ans** dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

**La Mutuelle exclut par ailleurs la prise en charge de certains actes conformément aux dispositions de l'article « EXCLUSIONS ».**

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses Adhérents, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des Prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces Garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de

- Si la Formule choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1<sup>o</sup> pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (CLASSE B) **et dans le respect des limites ci-dessous exposées :**

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

- ⇒ Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

- ⇒ Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- ⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

- ⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- ⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

gestion de l'organisme affectés à ces mêmes Garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

**En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent Règlement, les règles du contrat responsable prévaudront.**

### 3) Bases de remboursement des Prestations

La Mutuelle garantit le versement des Prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la sécurité sociale en tenant compte, pour l'ensemble des Garanties, du respect par le Membre participant et/ou de ses Ayants droit du parcours de soins coordonnés.

Les Garanties sont exprimées :

- en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale.
- sous forme de Plafond en euros. Ces Plafonds sont annuels et valables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre sans proratisation pour l'Adhésion et les Affiliations en cours d'année, sauf ceux concernant les Garanties Optiques et Aide auditives prévues dans l'article « MONTANT ET CONDITIONS DES GARANTIES ». Ils incluent le remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie. Ces plafonds peuvent être fixés par acte ou pour un ensemble d'actes selon la Formule choisie par le Membre participant.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, pour un acte ou un soin :

- si la Garantie ne prévoit pas de Dépassement d'honoraires, la Mutuelle n'est débitrice d'aucune Prestations ;
- si la Garantie prévoit des Dépassements d'honoraires, la participation de la Mutuelle est minorée du montant du Ticket modérateur.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la sécurité sociale à la date des soins.

Les frais NON remboursés par la sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de Prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des Garanties selon la Formule choisie par le Membre participant.

Le remboursement des consultations et des actes des médecins non conventionnés est calculé sur la Base de remboursement de la sécurité sociale des consultations et des actes pour les médecins conventionnés.

Pour certains actes non remboursés par la sécurité sociale, la Mutuelle intervient en complément de la Base de remboursement de la sécurité sociale française prévue pour les actes de même nature lorsqu'ils sont remboursés et selon les Garanties prévues dans la Formule choisie par le Membre participant.

### 4) Montant et conditions des Garanties

Les Garanties dont bénéficient les Assurés figurent dans le tableau de Garanties selon la Formule souscrite par le Membre participant.

Peuvent donner lieu à remboursement, si les Garanties correspondantes sont prévues dans la Formule souscrite par le Membre participant, les frais suivants :

#### 4-1. Hospitalisation

Les frais pouvant être pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation, chirurgicale, médicale et à domicile :

4-1-1. Frais d'hospitalisation

4-1-2. Honoraires médicaux et paramédicaux

Les Dépassements d'honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues et telles que définies au tableau de Garanties, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à l'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) ou à l'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

4-1-3. Analyses et examens de laboratoire

4-1-4. Participation forfaitaire sur les actes techniques dont le montant est égal ou supérieur à 120 €

4-1-5. Forfait journalier

Le Forfait journalier hospitalier est remboursé aux frais réels sans limitation de durée, **à l'exclusion des frais journaliers afférents aux séjours dans les établissements prévus par les articles L174-6 du Code de la sécurité sociale et L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (le Forfait journalier hospitalier n'est pas remboursable dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisé, les ateliers thérapeutiques, les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, les centres de rééducation professionnelle...).**

4-1-6. Forfait patient urgences

Le forfait patient urgence est remboursé aux frais réels sans limitation de durée, dans les conditions de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application existants et à venir.

4-1-7. Chambre particulière

Les frais de la chambre particulière sont remboursés **dans la limite du Plafond prévu au tableau des Garanties, selon la Formule souscrite par le Membre participant.**

**Les frais supplémentaires correspondants à des services associés à la chambre particulière (TV, peignoir, journaux, etc.) ne sont pas pris en charge.**

4-1-8. Frais accompagnant

Les frais d'accompagnement liés à l'hospitalisation d'un enfant mineur de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 70 ans, inscrit au contrat, sont remboursés **dans la limite du Plafond journalier prévu dans le tableau des Garanties, et d'une durée de 15 jours par année civile.**

Ces frais comprennent uniquement les frais d'hébergement (lit) et de repas (hors boissons alcoolisées) facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés, le cas échéant, dans les « maisons des accompagnants ».

#### 4-2. Dentaire

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes garanties « DENTAIRE ».

##### Soins et prothèses 100% SANTÉ :

Il s'agit d'actes prothétiques dentaires définis réglementairement auxquels s'appliquent des Honoraires limites de facturation dont le respect s'impose aux dentistes et chirurgiens-dentistes. La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire au titre de ces actes **dans la limite des Honoraires limites de facturation.**

##### Soins et prothèses hors 100% SANTÉ :

Les Prestations de la Mutuelle dépendent du type de l'acte

réalisé : soins, prothèses, orthodontie, parodontologie ou implantologie.

Les soins dentaires tels que les soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention sont remboursés par la Mutuelle selon le montant prévu à la Garantie applicable dès lors qu'ils sont pris en charge par le régime d'Assurance Maladie obligatoire.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire dit à « honoraires maîtrisés » sont remboursés par la Mutuelle **dans la double limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré selon la Formule souscrite par le Membre participant, et des Honoraires limites de facturation fixés réglementairement lorsque ceux-ci sont inférieurs audit Plafond.**

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire dit à « honoraires libres » sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré, selon la Formule souscrite par le Membre participant.**

**La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.**

#### 4-2-1. Parodontologie

Les soins de parodontologie sont remboursés par la Mutuelle selon le montant prévu à la Garantie applicable, en fonction de la Formule choisie par le Membre participant, uniquement lorsqu'ils sont pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

#### 4-2-2. Implantologie

Selon la Formule souscrite par le Membre participant, les actes liés à l'implantologie peuvent être remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un Plafond exprimé par implant et de trois (3) implants maximum par année civile et par Assuré.**

#### 4-2-3. Orthodontie

Le remboursement de l'orthodontie par la Mutuelle est soumis à la prise en charge du régime obligatoire d'Assurance Maladie et intervient conformément aux conditions prévues à la Garantie applicable en fonction de la Formule souscrite par le Membre participant.

Les soins d'orthodontie qui ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire pourront toutefois être remboursés par la Mutuelle, selon les Garanties effectivement souscrites, **dans la limite du Plafond prévu à la Garantie applicable, exprimé par semestre et par Assuré.**

Dans le cadre des actes en série, et notamment de l'orthodontie, les Prestations de la Mutuelle sont calculées au prorata du nombre de jours calendaires cotisés durant le semestre de soins, en cas d'Affiliation ou de résiliation en cours de semestre.

Les remboursements de la Mutuelle sous la dénomination « Orthodontie » ne concernent que les actes sous cotation nomenclaturée Traitement Orthodontique (TO, orthodontie acceptée Sécurité Sociale).

### 4-3. Optique

#### 4-3-1 Les équipements optiques pris en charge

##### **Définitions :**

Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Les équipements optiques sont répartis en deux classes définies comme suit :

- Les **équipements optiques de « classe A »** : ils sont composés de verres et de montures définis réglementairement, dans le cadre du dispositif du « 100%

SANTÉ », auxquels s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'applique aux opticiens.

- Les **équipements** : verres et des montures dont les tarifs sont librement fixés par l'opticien.

Le remboursement de la Mutuelle dépend de la composition de l'équipement, et en particulier de la classe des éléments composant l'équipement, du type de verre, du niveau de réfraction et de la Formule souscrite par le Membre participant.

La Mutuelle prend également en charge des Prestations supplémentaires : adaptation, appairage, verres avec filtres, prisme, système anti ptosis et verres iséconiques, **dans la limite des Plafonds prévus selon la classe de l'équipement et la Formule souscrite par le Membre participant.**

Conformément à l'annexe 3 prévu au présent Règlement :

Sont considérés comme des **verres simples**, les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Sont considérés comme des **verres complexes**, les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.

Sont considérés comme des **verres très complexes**, les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

#### **Équipements optiques de CLASSE A :**

**Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus :** la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement, et d'un équipement optique par Assuré par période deux ans**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

**Pour les enfants de moins de 16 ans :** la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement, et d'un équipement optique par assuré par période d'un an**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

#### **Équipements optiques de CLASSE B :**

**Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus :** le remboursement de la Mutuelle est **limité au Plafond prévu par la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et à un équipement optique par assuré pour une période de deux ans**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

**Pour les enfants de moins de 16 ans :** le remboursement de la Mutuelle est **limité au plafond prévu par la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et à un équipement optique par assuré pour une période d'un an**, période calculée à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

#### **Équipements optiques mixtes :**

Les équipements peuvent être composés d'éléments de la Classe

A et d'éléments de la Classe B (monture de classe B et verres de classe A ou inversement).

Dans ce cas, la Mutuelle rembourse chacun des éléments de l'équipement, conformément à la Garantie applicable à la classe à laquelle il appartient, sans que le remboursement de l'ensemble de l'équipement ne puisse excéder les montants maximaux fixés par la réglementation relative aux contrats responsables pour les équipements de Classe B.

#### Conditions dérogatoires de la prise en charge du renouvellement des équipements optiques :

Elles sont fixées par arrêté et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. A la date d'effet de l'Adhésion, elles peuvent être résumées de la manière qui suit :

- Dégradation de la performance oculaire :

Pour les Assurés âgés de 16 ans et plus : par dérogation au plafond biennal visé ci-dessus, les adultes et les enfants d'au moins 16 ans peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale d'un an, lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires dans des proportions répondant aux conditions fixées par arrêté (*exemple : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres*). Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation soit par une nouvelle prescription médicale, soit par la prescription médicale d'origine adaptée par l'opticien-lunetier dans le cadre des dispositions de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.

Pour les Assurés âgés de moins de 16 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants de moins de 16 ans, peuvent renouveler les verres de leur équipement optique à tout moment lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste.

Pour les Assurés jusqu'à l'âge de 6 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants de moins de 7 ans, peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale de six mois lorsque ce renouvellement est motivé par une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

- Troubles de la réfraction liées à une situation médicale :

**Par dérogation aux différents plafonds visés ci-dessus (biennal, annuel et semestriel)**, les Assurés peuvent quel que soit leur âge, renouveler les verres de leur équipement optique à tout moment, lorsque ce renouvellement est motivé par une évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales précisées par la liste fixée par arrêté. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite évolution par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste.

#### 4-3-2. Lentilles

Les lentilles remboursées par la sécurité sociale sont remboursées par la Mutuelle **dans la limite d'un Plafond exprimé par année civile et par Assuré**.

Les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire peuvent être remboursées, à condition qu'elles soient prescrites médicalement par un médecin ophtalmologiste et délivrées par un opticien agréé par la sécurité sociale. Ce remboursement s'effectue sur présentation des factures originales, détaillées et acquittées.

**Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires, et notamment les produits d'entretien**

**ainsi que, le cas échéant, les frais de livraison, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.**

#### 4-3-3. Opérations

La Mutuelle prend en charge systématiquement le Ticket modérateur pour les opérations du champ de la vision prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Cette Prestation rembourse l'opération du champ de la vision non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

La Mutuelle rembourse les frais de soins inhérents à cette opération **dans la limite des Plafonds prévus à la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant**.

En cas d'opération d'un seul œil, il sera retenu pour base de remboursement la moitié du forfait.

#### 4-4. Aides auditives

##### 4-4-1. Définitions

Les aides auditives sont réparties en deux classes définies comme suit :

- Les **aides auditives de « Classe 1 »** : il s'agit des aides auditives définies réglementairement, relevant du panier « 100% SANTÉ », auxquels s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'impose aux audioprothésistes.
- Les **aides auditives de « Classe 2 »** : il s'agit des aides auditives dont les tarifs sont librement fixés par les audioprothésistes.

##### 4-4-2. Aides auditives « 100% SANTÉ » (Classe 1) :

La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans** calculée à compter de la date de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

##### 4-4-3. Aides auditives hors 100% SANTÉ (Classe 2)

Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle **dans la double limite du Plafond exprimé par aide auditive, par oreille et par Assuré prévu à la Garantie et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans** calculée à compter de la date de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, selon la Formule souscrite par le Membre participant.

#### 4-5. Cure thermale

Les frais de surveillance médicale et de soins de cure faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie sont remboursés par la Mutuelle, s'il y a lieu, au moins à hauteur du Ticket modérateur.

Les frais de transport et d'hébergement, quand bien même ils ne feraient l'objet d'aucune prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, peuvent également être remboursés par la Mutuelle, à condition que le séjour en cure ait lui-même été accepté par l'Assurance Maladie obligatoire et que le lieu de cure se trouve à plus de 50 kms du domicile de l'Assuré.

Les frais de cure thermale non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire sont remboursés **dans la double limite du Plafond de la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et d'une cure par période de 24 mois**.

#### 4-6. Pharmacie

La Mutuelle prend en charge les médicaments remboursés par la sécurité sociale selon les taux en vigueur.

#### 4-7. Actes de prévention, de bien-être et prestations additionnelles

##### 4-7-1. Actes de prévention

La Mutuelle prend en charge le Ticket modérateur de tous les

actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie obligatoire.

Les actes de prévention non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la Mutuelle au titre du présent article.

#### 4-7-2. Actes de bien-être

Les Prestations couvertes par la Garantie « Bien-être » sont les actes suivants non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, microkinésiste, pédicure, podologue, diététicien, naturopathe, psychomotricien, kinésologue, réflexologue, sophrologue.

Les Prestations suivantes sont également couvertes lorsqu'elles ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : médicaments homéopathiques, contraception (pilules, préservatifs, implants), amniocentèse et fécondation in vitro, traitements érectiles et traitements contre les effets de la ménopause.

Pour l'ensemble des actes de bien-être, le remboursement de la Mutuelle s'effectue **dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré**, sur présentation d'une facture originale permettant d'identifier le Bénéficiaire et la date de l'(des) acte(s).

Pour toute discipline, le praticien ou prestataire des soins devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union européenne) ou de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou de son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

#### 4-7-3. Prestations additionnelles

Les Prestations couvertes par la garantie « Prestations additionnelles » sont les actes suivants non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : vaccins, tests et autotests, sevrage tabagique, blanchiment des dents, dépassements sur prothèses mammaires et capillaires.

Pour l'ensemble de ces actes, le remboursement s'effectue **dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Bénéficiaire selon la Formule souscrite par le Membre participant**, sur présentation d'une facture originale permettant d'identifier le Bénéficiaire et la date de l'(des) acte(s).

Quel que soit le type de Prestation prévu au titre de la présente Garantie, le praticien ou prestataire des soins devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union européenne) ou de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

#### 4-7-4. Adhésion à un centre sportif

La Mutuelle rembourse les frais d'inscription à une activité sportive **dans la double limite du Plafond de Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et d'une seule activité par an**. Le remboursement s'effectue dans la limite des frais engagés sur présentation de la licence ou du certificat d'adhésion à une association ou à une fédération sportive, ou d'une facture émanant d'une société ou d'un club sportif.

### 4-8. Matériel médical

Les dispositifs médicaux, les prothèses et les appareillages, autres que les aides auditives et ceux relevant des Garanties optiques et dentaires sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite du Plafond prévu par la Garantie**, selon la Formule choisie par le Membre participant,

## 5) Exclusions

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale

et à ses textes réglementaires d'application, **définissant les conditions du contrat d'assurance obligatoire, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle**

- La participation forfaitaire (article L.160-13-II du Code de la sécurité sociale) et la franchise laissée à la charge des Assurés (article L.160-13-III du Code de la sécurité sociale) pour les frais relatifs à chaque Prestation et produit de santé pris en charge par l'Assurance Maladie et visée ci-après :

- 1) Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5111-4 du Code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
- 2) Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
- 3) Le transport mentionné au 2° de l'article L.160-8 du Code de la sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.

- La majoration du Ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins).

- La majoration de participation de l'Assuré prévue à l'article L.1111-15 du Code de la santé publique.

- La franchise appliquée aux Dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale à hauteur, au moins, du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors Parcours de soins. Pour les Dépassements d'honoraires au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des Garanties souscrites.

- Et de manière générale, tout autre acte, Prestation, majoration ou Dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Sont également exclus l'ensemble des frais (forfait journalier, frais d'hébergement, chambre particulière) liés aux séjours en maison de cure médicale et de retraite, maisons d'enfant spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médicaux-psycho-pédagogiques, médicaux-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnels.

La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la sécurité sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de Garanties selon la Formule choisie par le Membre participant.

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

- Les produits non remboursés par le régime obligatoire et achetés à l'étranger ;

- Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :

. Les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre national des pharmaciens sur son site ;

. Les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

Le fait que la Mutuelle ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de prévaloir de ces exclusions.

Les exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour

que le présent Règlement soit responsable.

## 6) Principe indemnitaire et pluralité d'assureurs

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, et de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. ».

« Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. ».

Si le Bénéficiaire a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire.

## V- MODALITES DES PRESTATIONS

### 1) Déclaration de sinistre et formalités

Les Assurés sont tenus, pour bénéficier des Prestations, de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées en Annexe I du présent Règlement, selon le type de Prestations et les modalités de remboursement de la sécurité sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du Membre participant.

Avant ou après le paiement des Prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative, permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des Prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des Prestations, y compris après résiliation de l'Adhésion. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions du présent article.

### 2) Ouverture des droits aux Prestations

#### Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des Prestations auxquelles ils peuvent prétendre, au titre des Garanties, les Bénéficiaires doivent adresser à la Mutuelle un devis réalisé par le professionnel concerné.

Pour les équipements optiques, pour les aides auditives, et pour les chirurgies dentaires, ce devis doit obligatoirement comporter une Prestation appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée (dispositif 100% SANTÉ). A défaut, la Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations distribués par le professionnel ne pouvant pas être admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L.165-1-4 du Code de la sécurité sociale.

Mutuelle Communale - Ville de Grenoble

Mutuelle Entrenous - Régie par le Livre II du Code de la Mutualité - N° SIREN : 309 244 648

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE

### 3) Période du droit aux Prestations

Le droit aux Prestations s'applique à compter de la date d'Adhésion du Membre Participant, et jusqu'à la date de fin d'Adhésion.

Les soins couverts sont ceux dont le fait générateur intervient durant cette période.

Est considéré comme fait générateur :

- Pour les frais de soins en général : la date des soins figurant sur le décompte de remboursement de la caisse d'Assurance Maladie obligatoire. A défaut, la date de prescription des soins est retenue, sauf dans le cas de traitements répétitifs pour lesquels la date du traitement est prise en compte. Pour les soins qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, la date des soins ou la date d'achat sont retenues.
- Pour l'hospitalisation : la date d'hospitalisation.

La Mutuelle peut soumettre les demandes de remboursement à l'avis de son médecin conseil ou de son chirurgien-dentiste consultant qui pourront, afin de vérifier la réalité des soins et la bonne codification des actes par le professionnel de santé, demander à l'Assuré des pièces médicales complémentaires (compte-rendu d'examen, radiographie...), voire déclencher une expertise dans le cadre des dispositions de l'article « EXPERTISE MEDICALE ».

L'Assuré est invité à communiquer ces pièces par voie postale et sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant dont les coordonnées et l'adresse sont mentionnées sur la lettre qui lui a été adressée par ce dernier.

L'Assuré est fondé à faire valoir son droit au secret médical et à s'opposer à cette demande. Dans une telle hypothèse, la Mutuelle limitera ses Prestations aux garanties minimales prévues par les dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, sauf en cas de fraude avérée.

En cas de régularisation de la situation par l'Assuré, la Mutuelle versera le solde des Prestations éventuellement du dans le cadre de la Garantie.

### 4) Cessation des droits à remboursement

Les droits du Membre participant et de ses Ayants droit cessent dans les conditions décrites par l'article « CESSATION DE L'ADHESION » du présent Règlement.

### 5) Déchéance des droits aux Prestations

Les demandes de Prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de six (6) mois suivant la date du fait générateur prévu à l'article « PERIODE DU DROIT AUX PRESTATIONS » sous peine de déchéance des droits à indemnisation en cas d'intention frauduleuse dans le respect des dispositions de l'article L.221-16 2° du Code de la mutualité.

Même en l'absence d'intention frauduleuse de l'Assuré, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce retard lui a causé, sauf s'il est établi que ce retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

L'Assuré peut également être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'Assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

## 6) Télétransmission

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'Assurance Maladie, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'Assurance Maladie transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle.

Il appartient néanmoins à l'Assuré de veiller à son fonctionnement, en vérifiant la prise en charge de ses frais de soins de santé.

Pour les Assurés ayant déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après radiation auprès du centre d'Assurance Maladie à la demande de l'Assuré faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre d'Assurance Maladie, il appartient à l'Assuré d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation Vitale.

L'Assuré peut s'opposer à la télétransmission en formulant une demande à la Mutuelle.

## 7) Modalité de paiement des Prestations

Sauf usage du Tiers payant, les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant de l'Adhérent ou, à sa demande, sur le compte courant de son Ayant droit de plus de 16 ans.

L'Adhérent est informé par courrier électronique des Prestations versées, lors de chaque remboursement effectué par la Mutuelle.

Le montant des Prestations versées donne lieu à un relevé électronique consultable et téléchargeable par le Membre participant sur son espace personnel en ligne.

Les relevés au format papier sont délivrés exclusivement sur demande expresse du Membre participant.

## 8) Tiers payant

En principe, les Prestations sont réglées aux Membres participant après acquittement par eux des dépenses engagées.

Toutefois, pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle permet aux Assurés de bénéficier du mécanisme de Tiers Payant sur les Prestations prises en charge au titre du contrat responsable au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Chaque Membre participant reçoit une carte d'Adhérent nominative portant mention de ses Ayants droit et des actes susceptibles de bénéficier du Tiers payant.

Le Membre participant bénéficie ainsi d'une dispense d'avance de frais dans la limite des Garanties souscrites. La Mutuelle rembourse alors les frais engagés par le Membre participant ou, le cas échéant, par ses Ayants droit au professionnel de santé.

Dans le cas où le Tiers payant ne serait accordé que sur la partie des dépenses liées au contrat responsable, l'Assuré doit adresser à la Mutuelle une facture acquittée des frais avancés, établie par le praticien, le fournisseur ou l'établissement de santé dont le remboursement ne pourra intervenir que si la Mutuelle a reçu la preuve du remboursement par le régime d'Assurance Maladie si le décompte est directement transmis.

En cas de cessation ou de suspension de l'Adhésion, le

Membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle la carte mutualiste et duplicata de la possession et à informer les professionnels de santé par la procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse.

Toute Prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à la Mutuelle.

## 9) Prestations indues

En cas de Prestations indûment versées à un Membre participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du Tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Membre participant postérieurement à la suspension de ses Garanties ou à la résiliation de son Adhésion entraînant le versement de Prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des Prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

## 10) Subrogation légale – recours contre tiers

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions du Membre participant ou de ses Ayants droit victime d'un Accident, contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre participant ou ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

Lorsque du fait de la victime ou des Ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du Sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses Ayants droit.

L'Assuré victime d'un Accident, qui aura été indemnisé directement par un tiers responsable devra, sous peine d'exclusion, rembourser à la Mutuelle les sommes dépensées par elle, à cet effet, jusqu'à concurrence du montant qu'il aura touché.

## 11) Expertise médicale

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Membre participant ou le cas échéant, Ayant droit, qui formule une demande ou bénéficie de Prestations au titre du présent Règlement.

L'Assuré est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (analyses, radiographies, auscultation...).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte,

à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des Prestations.

L'Assuré peut solliciter l'avis de son médecin traitant ou de tout autre médecin, les honoraires de ceux-ci restant à la charge de l'Assuré.

En cas de contestation des conclusions du médecin de la Mutuelle, les parties choisissent un médecin ou un chirurgien-dentiste tiers pour qu'il se prononce définitivement.

En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ou au Président de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes du domicile de l'Assuré de nommer l'expert.

L'avis du tiers médecin ou chirurgien-dentiste ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle de recourir à la procédure de médiation et/ou d'intenter une action en justice.

Les honoraires du médecin conseil, du chirurgien-dentiste restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard de l'Assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'Assuré.

**L'Assuré peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.**

**En cas de refus d'un Assuré de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la sécurité sociale, la Mutuelle limitera ses Prestations aux garanties minimales prévues par les dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, sauf en cas de fraude avérée. En cas de régularisation de la situation par l'assuré, la Mutuelle versera le solde des Prestations éventuellement dû dans le cadre de la Garantie.**

l'enfant dans les trois mois suivant son adoption.

Cette Garantie est

Belledonne, Beaufortain et Vanoise. Elle est assurée par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 39 rue Jourdil - Cran Grevier, CS 59029 - 74991 Annecy Cedex 9, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice de ses Membres participants.

Une cotisation est due au titre de cette Garantie, laquelle est incluse dans le montant de la cotisation annuelle.

\*\*\*

## VI- AUTRES GARANTIES

### 1) Assistance

Le présent Règlement comporte une Garantie d'assistance au bénéfice de l'Adhérent ou de ses Ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un Accident ou à une maladie soudaine et imprévisible.

Ces Garanties sont assurées par Filassistance International, société anonyme régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108 Bureaux de la Colline à Saint-Cloud Cedex (92213), dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice de des Membres participants.

Les Garanties d'assistance sont incluses dans les Garanties du présent Règlement. L'adhésion à ces Garantie est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité.

Les Prestations d'assistance, leurs modalités de mise en œuvre, sont définies dans la notice d'information remise au Membre participant préalablement à son Adhésion.

Une cotisation est due au titre de ces Garanties d'assistance, laquelle est incluse dans le montant de la cotisation annuelle.

### 2) Prime de naissance

Le présent Règlement comporte une Garantie « Prime de naissance et/ou d'adoption », au bénéfice de l'Adhérent ou de ses Ayants droit.

Cette Garantie est accordée sous réserve de l'inscription de

## Annexe 1 : Pièces justificatives en cas de s

BENEFICIAIRES NOEMIE	
Dépassements d'honoraires	Facture acquittée précisant la date et la cotation de l'acte
Frais de chambre particulière et d'accompagnant (lit et repas par jour) en cas d'hospitalisation	Facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier permettant d'identifier la personne hospitalisée
Equipements optiques (verres et monture)	Facture acquittée + prescription médicale
Lentilles correctives	Prescription médicale + facture détaillée et acquittée
Opération du champ de la vision	Facture détaillée et acquittée précisant le type d'intervention
Appareillages Matériel médical	Facture détaillée et acquittée
Prothèses dentaires - Orthodontie - Parodontologie - Implantologie	Facture détaillée et acquittée précisant la codification des actes selon la nomenclature de l'Assurance Maladie
Aides auditives	Facture détaillée et acquittée
Prime de naissance et/ou d'adoption	Extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille
Frais d'hébergement et de transport cure thermale	Décompte de la Sécurité Sociale + bulletin de situation mentionnant les dates de séjour + justificatifs des frais de transport et d'hébergement
Ostéopathe, acupuncteur, micro kinésithérapeute, diététicien, chiropracteur, naturopathe, psychomotricien, kinésologue, réflexologue, sophrologue	Note d'honoraires du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention, entête...), portant la mention acquittée et précisant le cas échéant les dates et le nombre de séances effectuées
Pédicure, podologue	Facture détaillée et acquittée
Autres actes de bien-être et Prestations additionnelles non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : - Médicaments homéopathiques - Contraception - Amniocentèse - Fécondation In vitro - Traitements érectiles - Traitements contre les effets de la ménopause - Vaccins, test et autotests - Sevrage tabagique - Blanchiment des dents - Dépassements d'honoraires sur prothèses mammaires et capillaires	Facture détaillée et acquittée
Adhésion à un centre sportif	Licence ou certificat d'adhésion à une association ou fédération sportive ou Facture acquittée émanant d'une société ou d'un club sportif
NON BENEFICIAIRES NOEMIE	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte de la Sécurité Sociale + justificatifs ci-dessus + Facture acquittée
<b>POUR TOUT ACTE OU FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE : FACTURE ACQUITTEE ET DETAILLEE</b>	

## ANNEXE 2 : Cas d'application des périodicités de prise en charge des équipements d'optique médicale

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue</b>		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres ;</li> <li>- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie pour chacun des 2 verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</li> <li>- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptrie ;</li> <li>- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 dioptries</li> </ul>	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières</b>		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glaucome ;</li> <li>- Hypertension intraoculaire isolée ;</li> <li>- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;</li> <li>- Rétinopathie diabétique ;</li> <li>- Opération de la cataracte datant de moins d'un an ;</li> <li>- Cataracte évolutive à composante réfractive ;</li> <li>- Tumeurs oculaires et palpébrales ;</li> <li>- Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;</li> <li>- Antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins d'un an ;</li> <li>- Greffe de cornée datant de moins d'un an ;</li> <li>- Kératocône évolutif ;</li> <li>- kératopathie évolutives ;</li> <li>- Dystrophie cornéenne</li> <li>- Amblyopie</li> <li>- Diplopie récente ou évolutive</li> </ul> <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabète</li> <li>- Maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante)</li> <li>- Hypertension artérielle mal contrôlée</li> <li>- Sida</li> <li>- Affections neurologiques à composante oculaire</li> <li>- Cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique</li> </ul> <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corticoïdes</li> <li>- Antipaludéens de synthèse</li> <li>- Tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires</li> </ul>	
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	

## Annexe 3 : Table de correspondance des catégories de verres



Catégorie du verre	Complexité et correction du verre
Verre simple	Verre de classe B, verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
Verre complexe	Verre de classe B, verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
Verre très complexe	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries

# MUTUELLE COMMUNALE

## Garanties labellisées – Ville de Grenoble

### Règlement mutualiste – Responsable

*(Version du 13 Janvier 2025)*

## DEFINITIONS

Les termes et expressions inscrits dans le Règlement Mutualiste en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

**100% SANTÉ** : Dispositif qui définit un ensemble de Prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Les paniers du dispositif 100% SANTÉ ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

Ces paniers sont pris en charge intégralement, par la Sécurité sociale et par les contrats responsables des organismes complémentaires d'assurance maladie, sans frais supplémentaire à la charge de l'Assuré.

Les Assurés qui choisissent les soins du panier 100% SANTÉ n'ont donc plus de frais à leur charge. Pour autant ils ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100% SANTÉ, s'ils le souhaitent.

Le présent Règlement intègre le dispositif du 100% SANTÉ.

**Accident** : On entend par accident, toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de l'accident incombant à l'Assuré.

**Actes Hors Nomenclature** : Désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

**Adhésion** : Le contrat entre la Mutuelle et le Membre participant découlant de la signature d'un Bulletin d'adhésion, et se composant dudit Bulletin, du présent Règlement et des Statuts de la Mutuelle.

**Affiliation** : L'acte administratif permettant de rattacher les Ayants droit à l'Adhésion souscrite par le Membre participant.

### Assiette des remboursements :

- Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la sécurité sociale.
- Honoraire limite de facturation (HLF) : correspond au montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné, en particulier pour certains actes prothétiques dentaires.
- Montant remboursé par la sécurité sociale (MR) : ce montant est égal à la Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la sécurité sociale.
- Prix limite de vente (PLV) : correspond au montant maximum de vente, fixé réglementairement et s'appliquant aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, que les professionnels de santé sont tenus de respecter.
- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la Base de remboursement de la sécurité Sociale (BRSS) et le Montant remboursé par la sécurité sociale (MR).

**Assuré** : La personne physique sur laquelle pèse le Risque. Il peut s'agir du Membre participant et le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants droit.

### Ayants droit :

- Le Conjoint du Membre participant :
- Les enfants à charge du Membre participant : sont réputés à charge du Membre participant, les enfants fiscalement à charge du Membre participant ou de son Conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours :
  - ⇒ Âgés de moins de 21 ans (sans justificatif) ;
  - ⇒ Âgés de moins de 28 ans (avec justificatifs) :
    - S'ils poursuivent leurs études,
    - Ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
    - Ou sont sous contrat d'apprentissage,
    - Ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.

Les enfants sont considérés « à charge », quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, et titulaires de la « carte mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire.

**Bénéficiaire** : La personne qui recevra la Prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du Risque frais de soins de santé garanti par l'Adhésion.

**Bulletin d'adhésion** : Le document destiné au Membre Participant de nature à permettre son Adhésion au présent Règlement, qui mentionne notamment la Formule et, le cas échéant, la ou les Options qu'il a choisie(s).

**Conjoint** : Le conjoint du Membre participant légalement marié, non séparé de corps à la date de l'événement donnant lieu à Prestations.

Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil, ou le concubin sous réserve que son union avec le Membre participant réponde aux conditions fixées par l'article 515-8 du même code, que le Membre participant et son concubin soient libres de tout engagement, et que leur domicile fiscal soit identique.

**Dépassement d'honoraires** : La part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

**Forfait journalier hospitalier (FJH)** : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

**Forfait Patient Urgence (PFU)** : Somme forfaitaire facturée au patient pour tout passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

**Formule** : Regroupement de Garanties dont le niveau de Prestations est choisi par le Membre participant, au moment ou au cours de son Adhésion.

**Garantie** : L'engagement de la Mutuelle de verser une Prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les Ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

**Membre participant** : La personne physique qui fait acte d'adhésion, signataire du Bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations, afin de bénéficier et faire éventuellement bénéficier ses Ayants droit des Prestations de la Mutuelle.

**Mutuelle** : Mutuelle ENTRENOUS, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN n° 309 244 648, dont le siège social est situé 27 allée Albert Sylvestre – Immeuble Oméga – 73000 CHAMBERY.

**Nomenclature** : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- Pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;
- Pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie, ...) et pour les actes dentaires, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- Pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- Pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage, ...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- Pour les soins hospitaliers il s'agit des groupes homogènes de séjours (GHS).

**OPTAM et OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAMTS et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de Garanties, la mention « OPTAM et OPTAM-CO » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « NON OPTAM et OPTAM-CO » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO est consultable sur le site internet : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

**PACS** : Il s'agit du sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

**Parcours de soins** : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

**Plafond / « Forfait »** : Montant maximum de Prestations dont l'application dépend des frais réellement supportés par l'Assuré.

Dans le langage courant, le « Forfait » désigne le plafond appliqué à certaines Garanties (Forfait en charge des Dépassements d'honoraires (optique, chirurgie, ...)).

**Prestation** : Elle correspond à l'exécution de la Garantie par la Mutuelle.

**Risque** : Le risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'Assuré (Accident, Maladie).

**Sinistre** : Le sinistre correspond à la réalisation du Risque.

**Tiers payant (dispense d'avance de frais)** : Système de paiement qui évite aux Assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou par la Mutuelle pour les soins ou produits délivrés.

## I- DISPOSITIONS GENERALES ADHESION

### 1) Objet du Règlement Mutualiste

Le contrat labélisé est un contrat à adhésion individuelle facultative. Il a fait l'objet d'une labélisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (APCR) et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du 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.

Le présent Règlement Mutualiste a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la Mutuelle garantit les Membres participants et leurs Ayants droit contre les Risques liés aux frais de soins de santé.

Conformément aux statuts de la Mutuelle ENTRENOUS, le présent Règlement individuel référencé Gamme « Mutuelle Communale » est adopté par le Conseil d'Administration et s'applique à toute nouvelle Adhésion à l'une des Formules de Garanties qu'il prévoit.

La Formule effectivement souscrite par le Membre participant est définie au Bulletin d'adhésion.

Les Formules exposées au présent Règlement sont conformes aux règles relatives au contenu du dispositif d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrats responsables » fixé par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par les articles R.871-1 et R.871-2 du même code. Elles sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives auxdits contrats.

### 2) Conditions d'adhésion

#### Personnes garanties

Les personnes garanties sont :

- Les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels (y compris le centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités, leurs ayants-droits et le conjoint.

Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion et aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.

Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.

Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique. A défaut de production de ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

Peuvent adhérer au présent Règlement, les personnes physiques âgées d'au moins 16 ans (article L.114-2 du Code de la mutualité) à la condition que celles-ci soient assurées par un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et qu'elles résident en France au sens des dispositions de l'article R.115-6 du Code de la sécurité sociale.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une Adhésion antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion. L'Adhérent peut procéder à l'inscription des Ayants droit, nommément désignés au Bulletin d'adhésion.

### 3) Modalités d'adhésion et choix de la Formule

#### 3-1. Présentation des Formules

La Gamme « Mutuelle Communale labélisée - Ville de Grenoble » est composée de cinq (5) Formules :

Bauges, Vercors, Belledonne, Beaufortain, Vanoise, dont les Garanties sont définies au tableau des Garanties.

#### 3-2. Modalités d'adhésion

La personne souhaitant adhérer à l'une des Formules du présent Règlement doit compléter et signer le Bulletin d'adhésion qui précise notamment :

- Ses nom et prénom ainsi que sa date de naissance, en sa qualité de souscripteur ;
- L'identité des Assurés ;
- La Formule de Garanties souscrite ;
- Le montant des cotisations et les modalités de leur paiement ;
- La date d'effet des Garanties souscrites ;
- Les conditions d'entrée en vigueur des Garanties.

Elle joint au Bulletin d'adhésion les pièces justificatives suivantes :

- La copie d'une sa pièce d'identité officielle en cours de validité, à jour au moment de l'Adhésion,
- Les attestations d'affiliation au régime obligatoire d'Assurance Maladie des Assurés,
- Le cas échéant, un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- Un relevé d'identité bancaire pour chaque Assuré de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part,
- Le cas échéant, un mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé, accompagné d'un RIB, pour le paiement des cotisations.

- Le cas échéant, le Conjoint s'il est

La signature du Bulletin, les dispositions des Statuts, et du présent Règlement.

#### 3-3. Déclarations du Membre participant

Le Membre participant certifie sincères et véritables les informations qu'il a fournies lors de la signature de son Bulletin d'adhésion. **Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l'Adhésion dans les conditions de l'article « RETICENCE ET FAUSSE DECLARATION » et les sanctions prévues aux Statuts et au présent Règlement.**

### 4) Prise d'effet de l'Adhésion

L'Adhésion du Membre participant et de ses Ayants droit prend effet à compter de la date figurant sur le Bulletin d'adhésion à la condition que ledit Bulletin, dûment complété et signé (manuscritement ou électroniquement), accompagné de l'ensemble des pièces justificatives listées au présent Règlement et du paiement de la première cotisation, soit envoyé à la Mutuelle ou remis dans l'une de ses agences au plus tard dans les 15 jours suivant la date d'effet souhaitée, le cachet de la Poste, ou la date de réception du courriel par la Mutuelle, ou de l'attestation de dépôt en agence, faisant foi.

À défaut de réception dans ce délai, la date de prise d'effet de l'Adhésion sera le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'envoi à la Mutuelle ou la remise en agence du dossier complet, le cachet de la Poste, ou la date de réception du courriel par la Mutuelle, ou de l'attestation de dépôt à l'agence, faisant foi.

Dans le cas où le Membre participant bénéficie déjà d'une assurance complémentaire santé au moment de son Adhésion, celle-ci prend effet au lendemain du jour de la résiliation effective du précédent contrat, afin d'assurer la continuité de sa couverture.

Le bénéfice des Garanties est acquis à compter de la prise d'effet de l'Adhésion.

**L'Adhésion est souscrite pour une période se terminant au 31 décembre. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an.**

### 5) Délai d'attente

Toute Adhésion ne fait l'objet d'aucun délai d'attente :

- Les garanties sont à effet immédiat

**Le délai d'attente n'est pas appliqué aux Assurés pour toutes les Garanties prescrites par le cahier des charges du contrat responsable (articles L.871-1 et suivants du Code de la sécurité sociale).**

### 6) Faculté de renonciation

#### 6-1. Vente à distance

L'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter, soit du jour où l'Adhésion a pris effet, soit du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations prévues à l'article L.222-6 du Code de la consommation si cette date est postérieure à celle de prise d'effet, pour renoncer à son Adhésion.

Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

#### 6-2. Démarchage à domicile

Dans le cadre du démarchage à domicile au sens de l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du Bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, à [contact@mutuelle-entrenous.fr](mailto:contact@mutuelle-entrenous.fr).

### 6-3. Vente hors établissement

Dans le cadre de la vente hors établissement au sens de l'article L.221-1 du Code de la consommation, le Membre participant peut se rétracter dans un délai de quatorze (14) jours commençant à courir à compter de la signature du Bulletin d'adhésion.

Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

### Foires et salons

En cas de distribution du présent Règlement à l'occasion de foires ou salons, les dispositions du présent article n'ont pas vocation à s'appliquer. En effet, les articles L.224-59 à L.224-62 du Code de la consommation n'offrent aucune possibilité pour le consommateur de se rétracter.

### 6-4. Dispositions communes

Cette renonciation doit être envoyée à l'adresse suivante : Mutuelle Entrenous 27 allée Albert Sylvestre - 73000 CHAMBERY. Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° Adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai. Le délai commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour du délai.

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'Adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'Adhésion et la renonciation.

La Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent ainsi que des Prestations versées au cours de cette période, dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation. Passé ce délai, les sommes produisent des intérêts au taux légal majoré de 50% durant les deux premiers mois, puis au-delà de ce délai, au double du taux légal.

Toutefois, dans le cadre du démarchage à domicile, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le Membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un Risque mettant en jeu le paiement de la Garantie et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenue pendant le délai de renonciation.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux Garanties et à l'ensemble des Prestations prévues.

## 7) Affiliation des Ayants droit

### 7-1. Conditions d'Affiliation des Ayants droit

Tous les Ayants droit doivent être ressortissants d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et résidents en France au sens des dispositions de l'article R.115-6 du Code de la sécurité sociale.

L'Affiliation des Ayants droit est indissociable et indivisible de l'Adhésion du Membre participant.

### 7-2. Modalités et date

Le Membre participant souhaite.

Postérieurement à l'Adhésion, seul le Membre participant peut demander l'Affiliation d'Ayants droit en complétant un avenant au Bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

Les Garanties des Ayants droit prennent effet en même temps que celle du Membre participant lorsqu'ils sont affiliés concomitamment à sa propre Adhésion.

En cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant postérieurement à l'Adhésion du Membre participant, les Garanties prennent effet, pour l'intéressé, dès la date de l'événement en question si la demande d'Affiliation est reçue dans les deux mois qui suivent l'événement.

Dans tous les autres cas, les Garanties prennent effet le 1<sup>er</sup> jour suivant la date de réception de la demande.

La qualité d'Ayant droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Ayant droit ne remplit plus les conditions lui permettant de bénéficier de cette qualité.

### 7-3. Cessation de l'Affiliation d'Ayants droit

#### 7-3-1. Cessation de plein droit

La cessation des droits du Membre participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants droit.

Lorsqu'un Assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant droit, son Affiliation cesse le 31 décembre à minuit de l'année au cours de laquelle survient l'événement qui ne permet plus de satisfaire lesdites conditions.

Les Ayants droit de plus de 28 ans doivent cotiser isolément comme Membre participant à compter du 1<sup>er</sup> jour de l'année suivant celle où ils atteignent leur 28<sup>ème</sup> anniversaire.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être Membre participant sans l'intervention de leur représentant légal.

#### 7-3-2. Résiliation à l'initiative du Membre participant

L'Affiliation des Ayants droit peut être résiliée, au 31 décembre de l'année, à la demande du Membre participant notifiée par lettre recommandée ou lettre recommandée électronique avec accusé de réception à la Mutuelle, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation doit être adressée à Mutuelle Entrenous 27 Allée Albert Sylvestre - 73000 CHAMBERY, ou à [contact@mutuelle-entrenous.fr](mailto:contact@mutuelle-entrenous.fr)

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si l'Ayant droit se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire, il peut alors demander la résiliation de son Affiliation en cours d'année. Pour ce faire, le Membre participant doit communiquer à la Mutuelle une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l'absence de dispense d'affiliation. Dans ce cas, la résiliation sera effective au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande écrite, sous réserve de produire une pièce justificative.

## 8) Choix de la structure de cotisation

La structure de cotisations « ADULTE / ENFANT » permet de garantir dans le cadre de la :

- Cotisation « Adulte » : le Membre participant, ou le Membre participant et son Conjoint même s'il bénéficie à titre personnel du Régime de la sécurité sociale.
- Cotisation « Enfant » : un enfant à charge tel que défini au présent Règlement, les cotisations afférentes à l'affiliation

des trois premiers enfants étant définies à l'article « CAS D'EXONERATION DES COTISATIONS ».

Le Membre participant choisit les personnes répondant à la définition du Conjoint et/ou des Ayants droit qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des Garanties.

auditives, le droit au remboursement de l'équipement sera apprécié en prenant en compte la date de facturation du dernier équipement ayant bénéficié de la prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire ou par la Mutuelle dans le cadre de la Formule précédente.

## 9) Modification de l'Adhésion à l'initiative du Membre participant

## 10) Modification de l'Adhésion à l'initiative de la Mutuelle

### 9-1. Changement de situation personnelle ou administrative

L'Adhérent doit informer par courrier la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les deux (2) mois qui suivent l'évènement de toute modification dans sa situation ou celle de ses Ayants droit bénéficiaires, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des Prestations.

Il en est ainsi pour les changements suivants :

- Changement de domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ;
- Changement de caisse d'Assurance Maladie obligatoire ;
- Changement de régime d'Assurance Maladie obligatoire ;
- Le cas échéant, le bénéfice ou la suppression d'une prise en charge à « 100% pour toutes Prestations » par le régime d'Assurance Maladie obligatoire ;
- La modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite ;
- Le changement de compte bancaire.

Le cas échéant, la Mutuelle proposera un avenant au Membre participant selon les modalités prescrites à la clause « MODALITES D'ADHESION ET CHOIX DE LA FORMULE ».

### 9-2. Changement de Formule

L'Adhérent a la possibilité de changer de Formule dans les conditions suivantes :

#### 9-2-1. Délai à respecter

Le choix de la Formule est effectué par l'Adhérent au moment de son Adhésion et s'applique pour une durée minimale d'une année civile. Passé ce délai, l'Adhérent peut solliciter par écrit, au moins un mois avant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier et sous réserve qu'il soit à jour de ses cotisations, un changement de Formule.

Après ce premier changement, tout nouveau changement de Formule sera ensuite possible :

- à tout moment en cas de changement à la hausse ;
- au terme d'un délai de 24 mois en cas de changement à la baisse.

#### 9-2-2. Date d'effet de la modification

Le changement de Formule prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier qui suit la demande, sous réserve du respect de délai visé au premier paragraphe.

En cas de changement de Formule, toute demande de Prestations sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

#### 9-2-3. Modalités d'application des Plafonds et de renouvellement des équipements optiques et des aides auditives

Le versement d'une Prestation soumise à un Plafond (en fréquence et/ou en montant) dans la nouvelle Formule tiendra compte des Prestations de nature identique versées dans le cadre de la Formule précédente.

Concernant les Prestations optiques, et les Prestations d'aides

Les dispositions du Règlement sont établies en fonction de la réglementation et notamment celle relative à la sécurité sociale et à la fiscalité, en vigueur à la date d'effet du Règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de modifier le présent Règlement Mutualiste, notamment en cas de changement de cette réglementation.

Les niveaux des Garanties sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année, et peuvent être modifiés notamment en fonction des résultats techniques d'exploitation, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale hors hospitalisation et du Plafond de la sécurité sociale.

Les cotisations sont également réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction notamment des résultats du compte technique d'exploitation du présent Règlement Mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

Les modifications du Règlement, des Garanties et des cotisations, sont notifiées au Membre participant et s'imposent à lui à défaut de résiliation de l'Adhésion par ses soins dans les vingt (20) jours de sa notification.

## 11) Cessation de l'adhésion

### 11-1. A l'initiative du Membre participant

Le Membre participant peut mettre fin à son Adhésion soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit par le même mode de communication à distance que celui utilisé lors de l'Adhésion, dans les conditions suivantes :

- Au 31 décembre à minuit de chaque année si la dénonciation est notifiée à la Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- Au 31 décembre à minuit de chaque année si la dénonciation est notifiée à la Mutuelle dans les vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation, si celui-ci lui est adressé après le 15 octobre, le cachet de la Poste faisant foi ;
- Un mois après la réception par la Mutuelle de la notification de la dénonciation, si celle-ci intervient après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

La Mutuelle confirme par écrit au Membre participant la réception de la notification.

Lorsque la dénonciation de l'Adhésion intervient dans les conditions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, la Mutuelle communique au Membre participant un avis de dénonciation ou de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la résiliation et de son droit à être remboursé du solde des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert dans le délai de trente (30) jours à compter de cette date.

Si la dénonciation émane d'un autre organisme assureur, la notification doit impérativement être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique et être accompagnée du mandat donné par le Membre participant à cet autre organisme d'effectuer pour son compte les formalités de résiliation auprès de la Mutuelle, pour être opposable.

## 11-2. A l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'Adhésion du Membre participant :

- En cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article « PAIEMENT DES COTISATIONS » du présent Règlement ;
- En cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « RÉTICENCE ET FAUSSE DÉCLARATION » ;
- En cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « RÉTICENCE ET FAUSSE DÉCLARATION »
- En cas de fraude ou de tentative de fraude dans le cadre de la procédure d'exclusion prévue aux statuts de la Mutuelle. La fraude s'entend de tout(e) acte, ou action ou opération réalisé(e) de mauvaise foi dans le but d'obtenir de la Mutuelle des Prestations qui ne sont pas dues.

## 11-3. Résiliations exceptionnelles

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le Membre participant ne remplit plus les conditions fixées à l'article « CONDITIONS D'ADHESION » du présent Règlement ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, ou de départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive ou temporaire d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'Adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'Adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

## 11-4. Cas particulier des personnes décédées

L'Adhésion est résiliée de plein droit en cas de décès du Membre participant.

Une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte.

Les cotisations déjà versées donneront lieu à remboursement prorata temporis, à compter de la date du décès, à tout membre de la famille, sur présentation d'un justificatif d'un mandat successoral.

## 11-5. Résiliations dérogatoires

- **L'admission au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire »** : si le Membre participant est admis au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire », il peut demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, le Membre participant doit envoyer à la Mutuelle un courrier accompagné de l'attestation délivrée par le régime obligatoire. La résiliation prendra effet la veille de la date d'effet de sa couverture telle que figurant sur cette attestation et avec un effet rétroactif si nécessaire.
- **L'adhésion à un contrat collectif obligatoire** : si le Membre participant se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire. Dans ce cas, il peut demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, le Membre participant communique à la Mutuelle une attestation établie par son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de

complémentaire de l'absence de dispense de d'Adhésion du mois qui suit la

## 11-6. Conséquences de la cessation de l'Adhésion

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'Adhésion restent dues dans tous les cas.

Aucune Prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'Adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

En aucun cas, le Membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir Ayant droit d'un Membre participant ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'administration.

## 12) Retrait ou non renouvellement du Label

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

De plus, lorsqu'elle reçoit directement la participation de la collectivité, la mutuelle, doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

## DISPOSITIONS DIVERSES

### 1) Réticence et fausse déclaration

#### 1-1. Réticence et fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, l'Adhésion est nulle indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Membre participant, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du Risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le Risque omis ou dénaturé par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du Risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

#### 1-2. Fausse déclaration non-intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas automatiquement la nullité de l'Adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du Risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant. À défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée au Membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la Garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du Risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant par rapport au taux

des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## 2) Réclamations et médiation

Est traitée en réclamation, toute déclaration actant le mécontentement d'un Adhérent envers la Mutuelle. La réclamation peut être formulée :

- par oral, soit au sein d'une agence de la Mutuelle, soit auprès de son service téléphonique. S'il ne peut lui être donné immédiatement entière satisfaction, la Mutuelle invite l'Adhérent à formaliser sa réclamation au moyen d'un support écrit durable lui permettant de conserver une copie datée.
- par écrit (courriel, lettre recommandée, ... etc.), précisant le numéro d'adhérent, l'objet de la réclamation, et accompagné des pièces justificatives nécessaires à son instruction, cet écrit doit être adressé au service ci-après :

**Mutuelle Entrenous**  
**Service Réclamations**  
**27 allée Albert Sylvestre**  
**Oméga Polygone IV**  
**73000 CHAMBERY**  
 Courriel : [reclamations@mutuelle-entrenous.fr](mailto:reclamations@mutuelle-entrenous.fr)

La Mutuelle accuse réception de cette réclamation dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables suivant sa réception, sauf si durant ce même délai elle est en mesure d'apporter une réponse au Membre participant. Par ailleurs, elle dispose d'un délai de deux (2) mois pour répondre à la réclamation envoyée par le Membre participant.

Lorsque la réclamation est adressée à la Mutuelle par écrit, celle-ci devra y répondre par écrit.

En cas d'absence de réponse de la Mutuelle dans ce délai, ou si la réponse de la Mutuelle ne le satisfait pas, le Membre participant peut saisir le Médiateur de la consommation par voie postale à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française**  
**255, rue de Vaugirard**  
**75719 PARIS CEDEX 15**

Ou par voie électronique sur le site internet du médiateur : [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)

**Le Membre participant doit formuler sa demande de médiation dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition qu'il n'ait pas saisi les tribunaux.**

L'avis du Médiateur ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

## 3) Délai de prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, « toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. »

Quand l'action du Membre participant, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un

tiers, le délai de prescription ne court que du jour où l'action a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'Ayant droit, ou a été

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts suite à la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle au Membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des Prestations.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription régies par les articles 2240 et suivants du Code civil sont détaillées ci-après :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (art 2240 du Code civil) ;
  - la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (art 2241 du Code civil) ;
  - le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (art 2244 du Code civil) ;
  - l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
- En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ses héritiers (art 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (art 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

## 4) Protection des données personnelles

Les informations nominatives concernant le Membre participant ainsi que ses Ayants droit recueillies par la Mutuelle font l'objet de traitements fondés sur l'exécution des mesures précontractuelles ou du contrat (1), sur l'exécution par cette dernière de ses obligations légales et réglementaires (2), sur l'intérêt légitime de la Mutuelle (3) et sur le consentement (4), afin de :

- Gérer l'Adhésion du Membre participant et l'Affiliation des Assurés (1 et 2),
- D'interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle (3 et 4),

- Permettre la participation du Membre participant aux élections et à la vie de la Mutuelle (2 et 4),
- Lutter contre la fraude (1, 2 et 3),
- Lutter contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (1,2 et 3),
- Améliorer les Garanties en cours (2 et 3),
- Effectuer des statistiques ou mesurer le taux de satisfaction des services de la Mutuelle (2, 3 et 4),
- De proposer aux Assurés des Garanties complémentaires à titre individuel (2, 3 et 4).

Lorsque le traitement est fondé sur le consentement de l'Adhérent, ce consentement peut être retiré à tout moment.

L'exigence de la communication des données à caractère personnel conditionne l'Adhésion. La non-fourniture de ces données peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuivre l'Adhésion.

La Mutuelle est considérée comme responsable des traitements au sens du Règlement Général de la Protection des Données.

Les données peuvent être communiquées :

- aux régimes obligatoires d'Assurance Maladie et au concentrateurs de Tiers payant ;
- aux prestataires de services informatiques de la Mutuelle ;
- aux conseils de la Mutuelle, et notamment aux experts comptables, commissaires aux comptes, avocats... etc. ;
- aux autorités de contrôle (ACPR, CNIL, DGCCRF .... etc.) ;
- aux banques de la Mutuelle pour le versement des Prestations et le prélèvement des cotisations,
- à TRACFIN ou à la Direction Générale du Trésor.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L.1461-3 du Code de la santé publique.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder six (6) années, sauf obligations légales contrares.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, et au Règlement (UE) 2016/679 général sur la protection des données (RGPD) le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données personnelles de la Mutuelle en adressant un courrier à l'adresse suivante :

**Mutuelle Entrenous - DPO**  
27 allée Albert Sylvestre  
Omega Polygone IV  
73000 CHAMBERY

Ou par courriel à l'adresse suivante : [dpo@mutuelle-entrenous.fr](mailto:dpo@mutuelle-entrenous.fr)

Un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé pour permettre de confirmer l'identité de la personne présentant la demande d'exercice des droits.

Le Membre participant adresser une réclamation concernant le traitement de leurs données personnelles.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre participant ou, le cas échéant, aux Ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique.

## 5) Opposition au démarchage téléphonique (Bloctel)

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Cependant, cette demande n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement l'Adhérent pour lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'assurance complémentaire santé, ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité, tant que son Adhésion est en cours d'exécution, sous réserve d'opposition expresse du Membre participant à la prospection commerciale.

## 6) Autorité de contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

## 7) Loi applicable

La loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le Membre participant ainsi que la loi applicable au présent Règlement, est la loi française à l'exclusion de toute autre.

La langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord du Membre participant, pendant la durée de l'Adhésion est la langue française.

# COTISATIONS

## 1) Détermination des cotisations

### 1-1. Principe

La cotisation est définie par la tranche d'âge et en fonction de la situation familiale. La cotisation du membre participant ou de ses ayants-droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres. Elles ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent, ni en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle. Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable.

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10

novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration égale à 2% par année, augmentation fixée par l'arrêté, qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction, une majoration égale à 2% par année. Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

La cotisation est annuelle et due pour l'année entière.

Son montant est fixé, dans le Bulletin d'adhésion, en fonction de la Formule souscrite, du nombre des Ayant droit, de l'âge des Assurés, et du régime de sécurité sociale d'affiliation au moment de la signature du Bulletin d'adhésion puis de l'appel de cotisation annuelle.

Le montant de son fractionnement mensuel, exprimé en euros toutes taxes, contributions et impôts compris, est indiqué dans le Bulletin d'adhésion.

L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint en cours d'année, calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de l'Assuré (Ex : Assuré né en 1977, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2017 : 40 ans.).

Elles sont affectées à la couverture des Prestations assurées directement par la Mutuelle.

Les taxes, impôts et contributions grevant les cotisations sont calculées au jour de l'échéance des cotisations. Elles sont toujours à la charge du Membre participant de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

Si l'Adhésion prend effet en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'au terme de la première année d'Adhésion.

## 1-2. Fixation et évolution des cotisations

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) pour les contrats indexés. En cas de changement de taux du ticket modérateur, le Conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'Assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions L.114-11 du Code de la Mutualité.

En cas d'augmentation substantielle du barème des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1° du décret susvisé continuera à être appliqué.

Toute modification intervenant pendant cette période sera

soumise au prestataire habilité par PAC-R qui de snow  
conditions de délivrance et les conditions de paiement sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du lab

## Cotisation précomptée sur le bulletin de salaire de l'adhérent

Lorsque la Collectivité Territoriale assure le précompte de la cotisation, conformément à l'article L.221-8 II du code de la Mutualité, une mise en demeure lui est adressée par la mutuelle si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours de son échéance.

Cette mise en demeure informe la Collectivité des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Si elle n'est pas suivie d'effets, le contrat pourra être suspendu trente jours après cette dernière.

L'adhérent sera alors informé au plus tôt quarante jours après l'échéance de paiement, de la possible résiliation de son adhésion que ce défaut de paiement peut entraîner, sauf s'il entreprend de se substituer à la Collectivité pour le paiement de la cotisation.

Sauf décision contraire de la mutuelle, la garantie reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension et, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La mutuelle a le droit de procéder à la résiliation de l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. A défaut de résiliation par la mutuelle, les majorations de retard pourront être appliquées à la Collectivité pour tout retard de paiement supérieur à dix jours, selon les modalités prévues au statut de la Mutuelle.

Les cotisations évoluent automatiquement chaque 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'âge atteint par le Membre participant, et, le cas échéant, de ses Ayants droit, sans préjudice des modifications qui peuvent être appliquées dans le cadre des articles « MODIFICATION DE L'ADHESION A L'INITIATIVE DE L'ADHERENT » et « MODIFICATION DE L'ADHESION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE ».

Le changement de lieu de résidence en cours d'année n'a pas d'incidence sur les cotisations fixées.

## 1-3. Cas d'exonération des cotisations

Pour les Formules Bauges, Vercors, Belledonne, Beaufortain, Vanoise:

- Le 1<sup>er</sup> enfant est couvert gratuitement durant 6 mois à compter de sa date de naissance ;
- Le 2<sup>ème</sup> enfant est couvert gratuitement :
  - ⇒ Durant 6 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte moins de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
  - ⇒ Durant 8 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte plus de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
- Le 3<sup>ème</sup> enfant est couvert gratuitement :
  - ⇒ Durant 8 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte moins de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
  - ⇒ Durant 10 mois à compter de sa date de naissance si le Membre participant compte plus de 12 mois consécutifs d'appartenance à la Formule ;
- Gratuité de la cotisation à compter du 4<sup>ème</sup> enfant et les suivants.

## 2) Paiement des cotisations

### 2-1. Avis d'échéance

La cotisation est appelée dans le cadre d'un avis d'échéance

dénommé « appel de cotisation » adressé à chaque Membre participant, annuellement.

La non-réception de l'« appel de cotisation » par le Membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

## **2-2. Règlement des cotisations**

Le paiement de la cotisation est annuel du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Il intervient selon les modalités définies au Bulletin d'adhésion. Le Membre participant choisit son mode de paiement au moment de son Adhésion : virement, prélèvement, carte bancaire, chèque, espèces.

Il peut en changer sur demande écrite de sa part auprès de la Mutuelle, la modification interviendra au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le paiement de la cotisation annuelle peut être fractionné mensuellement, sauf dans le cas d'un règlement par chèque. Le fractionnement ne constitue toutefois qu'une facilité de paiement accordé au Membre participant et ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

La première fraction de cotisation est payable à l'Adhésion, les autres fractions doivent être réglées aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle au Membre participant.

## **2-3. Défaut de paiement**

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Garantie est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du Membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la Garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle est en droit de résilier la Garantie au plus tôt dix (10) jours après la suspension de cette dernière.

Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à défaut de paiement dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé dans la mise en demeure, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de l'Adhésion.

L'Adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où est payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de mise en demeure à l'euro l'euro.

## **2-4. Frais de gestion**

En cas de rejet de prélèvement bancaire, ou de chèque sans provision, la Mutuelle se réserve le droit de refacturer les frais de rejet de prélèvement ou de chèque à l'euro l'euro.

# **GARANTIE SANTE**

## **1) Objet des Garanties frais de soins de santé**

Les Garanties ont pour objet de rembourser aux Assurés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, tout ou partie des frais de soins de santé engagés en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des

prestations en nature

Les frais de soins santé doivent correspondre à des soins reçus, quelle que soit la date de l'Assurance Maladie. S<sup>2</sup>LOW  
à la date d'effet de l'Adhésion ou de l'Affiliation de l'Ayant droit, et en tout état de cause, avant toute cessation de l'assurance.

Les frais de soins santé concernés par les Garanties sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions du paragraphe « **FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER** » ci-dessous.

La date des frais de soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'Assurance Maladie, sauf cas spécifiques. Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), la date du fait générateur est réputée être la date portée sur le décompte de remboursement du régime obligatoire.

Peuvent être également couverts certains frais de soins de santé ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'Assurance Maladie selon la Formule choisie par le Membre participant. Pour ces remboursements, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Les frais de soins de santé donnent lieu à un remboursement dans les conditions prévues à la Formule souscrite par le Membre participant.

## **Frais de soins de santé à l'étranger**

La Mutuelle garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de réciprocité avec le régime obligatoire d'Assurance Maladie français.

- **Séjours temporaires à l'étranger - Membre participants détachés** : la Mutuelle intervient dès lors que le Membre participant bénéficie d'une prise en charge par le régime obligatoire français, en complément des tarifs théoriques de la sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les Garanties prévues au présent Règlement.
- **Expatriés** : le Règlement ne couvre pas les expatriés.

La Mutuelle prend en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

## **2) Contrat responsable**

Les Prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale qui définissent les « contrats responsables ».

La Mutuelle prend ainsi en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale, sauf pour les Prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon la Formule choisie par le Membre participant ;

2°/ Si cette garantie est prévue dans la Formule choisie par le Membre participant, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3°/ Les dépenses d'acquisitions des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- A hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de

responsabilité **dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la sécurité sociale pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale (CLASSE A)**, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Lorsque cet équipement (de classe B) est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'Assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

**Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture de classe B est limitée à 100 euros.**

L'Assuré peut faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (A et B).

Ces Garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, **par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale**, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4°/ Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la sécurité sociale**, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

5°/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée.

6°/ Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

- A hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité, **dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la sécurité sociale**, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code ;
- Si la Formule choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée, **dans la limite de 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.**

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive **par période de quatre ans** dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

**La Mutuelle exclut par ailleurs la prise en charge de certains actes conformément aux dispositions de l'article « EXCLUSIONS ».**

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses Adhérents, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des Prestations

- Si la Formule choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (CLASSE B) **et dans le respect des limites ci-dessous exposées :**

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

⇒ Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

⇒ Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

⇒ Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;

⇒ Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces Garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes Garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

**En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent Règlement, les règles du contrat responsable prévaudront.**

### 3) Bases de remboursement des Prestations

La Mutuelle garantit le versement des Prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la sécurité sociale en tenant compte, pour l'ensemble des Garanties, du respect par le Membre participant et/ou de ses Ayants droit du parcours de soins coordonnés.

Les Garanties sont exprimées :

- en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale.
- sous forme de Plafond en euros. Ces Plafonds sont annuels et valables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre sans proratisation pour l'Adhésion et les Affiliations en cours d'année, sauf ceux concernant les Garanties Optiques et Aide auditives prévues dans l'article « MONTANT ET CONDITIONS DES GARANTIES ». Ils incluent le remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie. Ces plafonds peuvent être fixés par acte ou pour un ensemble d'actes selon la Formule choisie par le Membre participant.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, pour un acte ou un soin :

- si la Garantie ne prévoit pas de Dépassement d'honoraires, la Mutuelle n'est débitrice d'aucune Prestations ;
- si la Garantie prévoit des Dépassements d'honoraires, la participation de la Mutuelle est minorée du montant du Ticket modérateur.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la sécurité sociale à la date des soins.

Les frais non remboursés par la sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de Prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des Garanties selon la Formule choisie par le Membre participant.

Le remboursement des consultations et des actes des médecins non conventionnés est calculé sur la Base de remboursement de la sécurité sociale des consultations et des actes pour les médecins conventionnés.

Pour certains actes non remboursés par la sécurité sociale, la Mutuelle intervient en complément de la Base de remboursement de la sécurité sociale française prévue pour les actes de même nature lorsqu'ils sont remboursés et selon les Garanties prévues dans la Formule choisie par le Membre participant.

### 4) Montant et conditions des Garanties

Les Garanties dont bénéficient les Assurés figurent dans le tableau de Garanties selon la Formule souscrite par le Membre participant.

Peuvent donner lieu à remboursement, si les Garanties correspondantes sont prévues dans la Formule souscrite par le

Membre participant, les frais suivants :

#### 4-1. Hospitalisation

Les frais pouvant être pris en charge dans le cadre d'une l'hospitalisation, chirurgicale, médicale et à domicile :

4-1-1. Frais d'hospitalisation liés au séjour

4-1-2. Honoraires médicaux et paramédicaux

Les Dépassements d'honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues et telles que définies au tableau de Garanties, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à l'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) ou à l'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

4-1-3. Analyses et examens de laboratoire

4-1-4. Participation forfaitaire sur les actes techniques dont le montant est égal ou supérieur à 120 €

4-1-5. Forfait journalier

Le Forfait journalier hospitalier est remboursé aux frais réels sans limitation de durée, **à l'exclusion des frais journaliers afférents aux séjours dans les établissements prévus par les articles L174-6 du Code de la sécurité sociale et L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (le Forfait journalier hospitalier n'est pas remboursable dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisé, les ateliers thérapeutiques, les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, les centres de rééducation professionnelle...).**

4-1-6. Forfait patient urgences

Le forfait patient urgence est remboursé aux frais réels sans limitation de durée, dans les conditions de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application existants et à venir.

4-1-7. Chambre particulière

Les frais de la chambre particulière sont remboursés **dans la limite du Plafond prévu au tableau des Garanties, selon la Formule souscrite par le Membre participant.**

**Les frais supplémentaires correspondants à des services associés à la chambre particulière (TV, peignoir, journaux, etc.) ne sont pas pris en charge.**

4-1-8. Frais accompagnant

Les frais d'accompagnement liés à l'hospitalisation d'un enfant mineur de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 70 ans, inscrit au contrat, sont remboursés **dans la limite du Plafond journalier prévu dans le tableau des Garanties, et d'une durée de 15 jours par année civile.**

Ces frais comprennent uniquement les frais d'hébergement (lit) et de repas (hors boissons alcoolisées) facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés, le cas échéant, dans les « maisons des accompagnants ».

#### 4-2. Dentaire

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes garanties « DENTAIRE ».

#### Soins et prothèses 100% SANTÉ :

Il s'agit d'actes prothétiques dentaires définis réglementairement auxquels s'appliquent des Honoraires limites de facturation dont le respect s'impose aux dentistes et chirurgiens-dentistes. La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le

Bénéficiaire au titre de ces actes **dans la limite des Honoraires limites de facturation.**

### Soins et prothèses hors 100% SANTÉ :

Les Prestations de la Mutuelle dépendent du type de l'acte réalisé : soins, prothèses, orthodontie, parodontologie ou implantologie.

Les soins dentaires tels que les soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention sont remboursés par la Mutuelle selon le montant prévu à la Garantie applicable dès lors qu'ils sont pris en charge par le régime d'Assurance Maladie obligatoire.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire dit à « honoraires maîtrisés » sont remboursés par la Mutuelle **dans la double limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré selon la Formule souscrite par le Membre participant, et des Honoraires limites de facturation fixés réglementairement lorsque ceux-ci sont inférieurs audit Plafond.**

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire dit à « honoraires libres » sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré, selon la Formule souscrite par le Membre participant.**

**La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.**

#### 4-2-1. Parodontologie

Les soins de parodontologie sont remboursés par la Mutuelle selon le montant prévu à la Garantie applicable, en fonction de la Formule choisie par le Membre participant, uniquement lorsqu'ils sont pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

#### 4-2-2. Implantologie

Selon la Formule souscrite par le Membre participant, les actes liés à l'implantologie peuvent être remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un Plafond exprimé par implant et de trois (3) implants maximum par année civile et par Assuré.**

#### 4-2-3. Orthodontie

Le remboursement de l'orthodontie par la Mutuelle est soumis à la prise en charge du régime obligatoire d'Assurance Maladie et intervient conformément aux conditions prévues à la Garantie applicable en fonction de la Formule souscrite par le Membre participant.

Les soins d'orthodontie qui ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire pourront toutefois être remboursés par la Mutuelle, selon les Garanties effectivement souscrites, **dans la limite du Plafond prévu à la Garantie applicable, exprimé par semestre et par Assuré.**

Dans le cadre des actes en série, et notamment de l'orthodontie, les Prestations de la Mutuelle sont calculées au prorata du nombre de jours calendaires cotisés durant le semestre de soins, en cas d'Affiliation ou de résiliation en cours de semestre.

Les remboursements de la Mutuelle sous la dénomination « Orthodontie » ne concernent que les actes sous cotation nomenclaturée Traitement Orthodontique (TO, orthodontie acceptée Sécurité Sociale).

### 4-3. Optique

#### 4-3-1 Les équipements optiques pris en charge

#### Définitions :

Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Les équipements optiques sont répartis en deux classes définies comme suit :

- Les **équipements** composés de verres et de montures définis réglementairement, dans le cadre du dispositif du « 100% SANTÉ », auxquels s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'imposent aux opticiens.
- Les **équipements optiques de « classe B »** : il s'agit des verres et des montures dont les tarifs sont librement fixés par l'opticien.

Le remboursement de la Mutuelle dépend de la composition de l'équipement, et en particulier de la classe des éléments composant l'équipement, du type de verre, du niveau de réfraction et de la Formule souscrite par le Membre participant.

La Mutuelle prend également en charge des Prestations supplémentaires : adaptation, appairage, verres avec filtres, prisme, système anti ptosis et verres iséiconiques, **dans la limite des Plafonds prévus selon la classe de l'équipement et la Formule souscrite par le Membre participant.**

Conformément à l'annexe 3 prévu au présent Règlement :

Sont considérés comme des **verres simples**, les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Sont considérés comme des **verres complexes**, les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.

Sont considérés comme des **verres très complexes**, les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

#### Équipements optiques de CLASSE A :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement, et d'un équipement optique par Assuré par période deux ans**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

Pour les enfants de moins de 16 ans : la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement, et d'un équipement optique par assuré par période d'un an**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

#### Équipements optiques de CLASSE B :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : le remboursement de la Mutuelle est **limité au Plafond prévu par la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et à un équipement optique par assuré pour une période de deux ans**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

Pour les enfants de moins de 16 ans : le remboursement de la Mutuelle est **limité au plafond prévu par la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et à un équipement optique par assuré pour une période d'un an**, période calculée à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

#### Équipements optiques mixtes :

Les équipements peuvent être composés d'éléments de la Classe A et d'éléments de la Classe B (monture de classe B et verres de classe A ou inversement).

Dans ce cas, la Mutuelle rembourse chacun des éléments de l'équipement, conformément à la Garantie applicable à la classe à laquelle il appartient, sans que le remboursement de l'ensemble de l'équipement ne puisse excéder les montants maximaux fixés par la réglementation relative aux contrats responsables pour les équipements de Classe B.

#### Conditions dérogatoires de la prise en charge du renouvellement des équipements optiques :

Elles sont fixées par arrêté et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. A la date d'effet de l'Adhésion, elles peuvent être résumées de la manière qui suit :

- Dégradation de la performance oculaire :

Pour les Assurés âgés de 16 ans et plus : par dérogation au plafond biennal visé ci-dessus, les adultes et les enfants d'au moins 16 ans peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale d'un an, lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires dans des proportions répondant aux conditions fixées par arrêté (*exemple : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres*). Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation soit par une nouvelle prescription médicale, soit par la prescription médicale d'origine adaptée par l'opticien-lunetier dans le cadre des dispositions de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.

Pour les Assurés âgés de moins de 16 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants de moins de 16 ans, peuvent renouveler les verres de leur équipement optique à tout moment lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste.

Pour les Assurés jusqu'à l'âge de 6 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants de moins de 7 ans, peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale de six mois lorsque ce renouvellement est motivé par une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

- Troubles de la réfraction liées à une situation médicale :

**Par dérogation aux différents plafonds visés ci-dessus (biennal, annuel et semestriel)**, les Assurés peuvent quel que soit leur âge, renouveler les verres de leur équipement optique à tout moment, lorsque ce renouvellement est motivé par une évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales précisées par la liste fixée par arrêté. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite évolution par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste.

#### 4-3-2. Lentilles

Les lentilles remboursées par la sécurité sociale sont remboursées par la Mutuelle **dans la limite d'un Plafond exprimé par année civile et par Assuré**.

Les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire peuvent être remboursées, à condition qu'elles soient prescrites médicalement par un médecin ophtalmologiste et délivrées par un opticien agréé par la sécurité sociale. Ce remboursement

s'effectue sur présentation des factures originales et acquittées.

**Les frais inhérents produits accessoires, et notamment les produits d'entretien ainsi que, le cas échéant, les frais de livraison, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.**

#### 4-3-3. Opération du champ de la vision

La Mutuelle prend en charge systématiquement le Ticket modérateur pour les opérations du champ de la vision prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Cette Prestation rembourse l'opération du champ de la vision non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

La Mutuelle rembourse les frais de soins inhérents à cette opération **dans la limite des Plafonds prévus à la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant**.

En cas d'opération d'un seul œil, il sera retenu pour base de remboursement la moitié du forfait.

#### 4-4. Aides auditives

##### 4-4-1. Définitions

Les aides auditives sont réparties en deux classes définies comme suit :

- Les **aides auditives de « Classe 1 »** : il s'agit des aides auditives définies réglementairement, relevant du panier « 100% SANTÉ », auxquels s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'impose aux audioprothésistes.
- Les **aides auditives de « Classe 2 »** : il s'agit des aides auditives dont les tarifs sont librement fixés par les audioprothésistes.

##### 4-4-2. Aides auditives « 100% SANTÉ » (Classe 1) :

La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans** calculée à compter de la date de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

##### 4-4-3. Aides auditives hors 100% SANTÉ (Classe 2)

Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle **dans la double limite du Plafond exprimé par aide auditive, par oreille et par Assuré prévu à la Garantie et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans** calculée à compter de la date de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, selon la Formule souscrite par le Membre participant.

#### 4-5. Cure thermique

Les frais de surveillance médicale et de soins de cure faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie sont remboursés par la Mutuelle, s'il y a lieu, au moins à hauteur du Ticket modérateur.

Les frais de transport et d'hébergement, quand bien même ils ne feraient l'objet d'aucune prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, peuvent également être remboursés par la Mutuelle, à condition que le séjour en cure ait lui-même été accepté par l'Assurance Maladie obligatoire et que le lieu de cure se trouve à plus de 50 kms du domicile de l'Assuré.

Les frais de cure thermique non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire sont remboursés **dans la double limite du Plafond de la Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et d'une cure par période de 24 mois**.

#### 4-6. Pharmacie

La Mutuelle prend en charge les médicaments remboursés par la sécurité sociale selon les taux en vigueur.

#### **4-7. Actes de prévention, de bien-être et prestations additionnelles**

##### 4-7-1. Actes de prévention

La Mutuelle prend en charge le Ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie obligatoire.

Les actes de prévention non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la Mutuelle au titre du présent article.

##### 4-7-2. Actes de bien-être

Les Prestations couvertes par la Garantie « Bien-être » sont les actes suivants non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, microkinésiste, pédicure, podologue, diététicien, naturopathe, psychomotricien, kinésologue, réflexologue, sophrologue.

Les Prestations suivantes sont également couvertes lorsqu'elles ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : médicaments homéopathiques, contraception (pilules, préservatifs, implants), amniocentèse et fécondation in vitro, traitements érectiles et traitements contre les effets de la ménopause.

Pour l'ensemble des actes de bien-être, le remboursement de la Mutuelle s'effectue **dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré**, sur présentation d'une facture originale permettant d'identifier le Bénéficiaire et la date de l'(des) acte(s).

Pour toute discipline, le praticien ou prestataire des soins devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union européenne) ou de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou de son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

##### 4-7-3. Prestations additionnelles

Les Prestations couvertes par la garantie « Prestations additionnelles » sont les actes suivants non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : vaccins, tests et autotests, sevrage tabagique, blanchiment des dents, dépassements sur prothèses mammaires et capillaires.

Pour l'ensemble de ces actes, le remboursement s'effectue **dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Bénéficiaire selon la Formule souscrite par le Membre participant**, sur présentation d'une facture originale permettant d'identifier le Bénéficiaire et la date de l'(des) acte(s).

Quel que soit le type de Prestation prévu au titre de la présente Garantie, le praticien ou prestataire des soins devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union européenne) ou de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

##### 4-7-4. Adhésion à un centre sportif

La Mutuelle rembourse les frais d'inscription à une activité sportive **dans la double limite du Plafond de Garantie selon la Formule souscrite par le Membre participant et d'une seule activité par an**. Le remboursement s'effectue dans la limite des frais engagés sur présentation de la licence ou du certificat d'adhésion à une association ou à une fédération sportive, ou d'une facture émanant d'une société ou d'un club sportif.

#### **4-8. Matériel médical**

Les dispositifs médicaux, les prothèses et les appareillages, autres que les aides auditives et ceux relevant des Garanties optiques et dentaires sont remboursés par la Mutuelle **dans la**

limite du Plafond prévu par la Garantie, selon la Formule choisie par le Membre participant.

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE

## 5) Exclusions

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire (article L.160-13-II du Code de la sécurité sociale) et la franchise laissée à la charge des Assurés (article L.160-13-III du Code de la sécurité sociale) pour les frais relatifs à chaque Prestation et produit de santé pris en charge par l'Assurance Maladie et visée ci-après :

- 1) Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5111-4 du Code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
- 2) Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
- 3) Le transport mentionné au 2° de l'article L.160-8 du Code de la sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.

- La majoration du Ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins).

- La majoration de participation de l'Assuré prévue à l'article L.1111-15 du Code de la santé publique.

- La franchise appliquée aux Dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale à hauteur, au moins, du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors Parcours de soins. Pour les Dépassements d'honoraires au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des Garanties souscrites.

- Et de manière générale, tout autre acte, Prestation, majoration ou Dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Sont également exclus l'ensemble des frais (forfait journalier, frais d'hébergement, chambre particulière) liés aux séjours en maison de cure médicale et de retraite, maisons d'enfant spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médicaux-psycho-pédagogiques, médicaux-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnels.

La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la sécurité sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de Garanties selon la Formule choisie par le Membre participant.

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

- Les produits non remboursés par le régime obligatoire et achetés à l'étranger ;

- Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :

. Les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre national des pharmaciens sur son site ;

. Les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

**Le fait que la Mutuelle ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.**

**Les exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour que le présent Règlement soit responsable.**

## 6) Principe indemnitaire et pluralité d'assureurs

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, et de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

*« Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. ».*

*« Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. ».*

Si le Bénéficiaire a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire.

## MODALITES DES PRESTATIONS

### 1) Déclaration de sinistre et formalités

Les Assurés sont tenus, pour bénéficier des Prestations, de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées en Annexe I du présent Règlement, selon le type de Prestations et les modalités de remboursement de la sécurité sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du Membre participant.

Avant ou après le paiement des Prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative, permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des Prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des Prestations, y compris après résiliation de l'Adhésion. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions du présent article.

### 2) Ouverture des droits aux Prestations

#### Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des Prestations auxquelles ils peuvent prétendre, au titre des Garanties, les Bénéficiaires doivent adresser à la Mutuelle un devis réalisé par le professionnel concerné.

Pour les équipements optiques, pour les aides auditives, et pour les chirurgies dentaires, ce devis doit obligatoirement comporter une Prestation appartenant à l'une des classes à

prise en charge renforcée (dispositif 100% SARI) et, à défaut, la Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations ne devant pas être admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L.165-1-4 du Code de la sécurité sociale.

### 3) Période du droit aux Prestations

Le droit aux Prestations s'applique à compter de la date d'Adhésion du Membre Participant, et jusqu'à la date de fin d'Adhésion.

Les soins couverts sont ceux dont le fait générateur intervient durant cette période.

Est considéré comme fait générateur :

- Pour les frais de soins en général : la date des soins figurant sur le décompte de remboursement de la caisse d'Assurance Maladie obligatoire. A défaut, la date de prescription des soins est retenue, sauf dans le cas de traitements répétitifs pour lesquels la date du traitement est prise en compte. Pour les soins qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, la date des soins ou la date d'achat sont retenues.
- Pour l'hospitalisation : la date d'hospitalisation.

La Mutuelle peut soumettre les demandes de remboursement à l'avis de son médecin conseil ou de son chirurgien-dentiste consultant qui pourront, afin de vérifier la réalité des soins et la bonne codification des actes par le professionnel de santé, demander à l'Assuré des pièces médicales complémentaires (compte-rendu d'examen, radiographie...), voire déclencher une expertise dans le cadre des dispositions de l'article « EXPERTISE MEDICALE ».

L'Assuré est invité à communiquer ces pièces par voie postale et sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant dont les coordonnées et l'adresse sont mentionnées sur la lettre qui lui a été adressée par ce dernier.

L'Assuré est fondé à faire valoir son droit au secret médical et à s'opposer à cette demande. Dans une telle hypothèse, la Mutuelle limitera ses Prestations aux garanties minimales prévues par les dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, sauf en cas de fraude avérée.

En cas de régularisation de la situation par l'Assuré, la Mutuelle versera le solde des Prestations éventuellement dû dans le cadre de la Garantie.

### 4) Cessation des droits à remboursement

Les droits du Membre participant et de ses Ayants droit cessent dans les conditions décrites par l'article « CESSATION DE L'ADHESION » du présent Règlement.

### 5) Déchéance des droits aux Prestations

Les demandes de Prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de six (6) mois suivant la date du fait générateur prévu à l'article « PERIODE DU DROIT AUX PRESTATIONS » sous peine de déchéance des droits à indemnisation en cas d'intention frauduleuse dans le respect des dispositions de l'article L.221-16 2° du Code de la mutualité.

Même en l'absence d'intention frauduleuse de l'Assuré, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce retard lui a causé, sauf s'il est établi que ce retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

L'Assuré peut également être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'Assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

## 6) Télétransmission

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'Assurance Maladie, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'Assurance Maladie transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle.

Il appartient néanmoins à l'Assuré de veiller à son fonctionnement, en vérifiant la prise en charge de ses frais de soins de santé.

Pour les Assurés ayant déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après radiation auprès du centre d'Assurance Maladie à la demande de l'Assuré faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre d'Assurance Maladie, il appartient à l'Assuré d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation Vitale.

L'Assuré peut s'opposer à la télétransmission en formulant une demande à la Mutuelle.

## 7) Modalité de paiement des Prestations

Sauf usage du Tiers payant, les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant de l'Adhérent ou, à sa demande, sur le compte courant de son Ayant droit de plus de 16 ans.

L'Adhérent est informé par courrier électronique des Prestations versées, lors de chaque remboursement effectué par la Mutuelle.

Le montant des Prestations versées donne lieu à un relevé électronique consultable et téléchargeable par le Membre participant sur son espace personnel en ligne.

Les relevés au format papier sont délivrés exclusivement sur demande expresse du Membre participant.

## 8) Tiers payant

En principe, les Prestations sont réglées aux Membres participant après acquittement par eux des dépenses engagées.

Toutefois, pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle permet aux Assurés de bénéficier du mécanisme de Tiers Payant sur les Prestations prises en charge au titre du contrat responsable au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Chaque Membre participant reçoit une carte d'Adhérent nominative portant mention de ses Ayants droit et des actes susceptibles de bénéficier du Tiers payant.

Le Membre participant bénéficie ainsi d'une dispense d'avance de frais dans la limite des Garanties souscrites. La Mutuelle rembourse alors les frais engagés par le Membre participant ou, le cas échéant, par ses Ayants droit au professionnel de santé.

Dans le cas où le Tiers payant ne serait accordé que sur la partie des dépenses liées au contrat responsable, l'Assuré doit adresser à la Mutuelle une facture acquittée des frais avancés, établie par le praticien, le fournisseur ou l'établissement de

santé dont le remboursement ne pourra intervenir que si la Mutuelle a reçu la facture et le remboursement par le régime d'Assurance Maladie

En cas de cessation ou de suspension de l'Adhésion, le Membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle la carte mutualiste et duplicata en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse.

Toute Prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à la Mutuelle.

## 9) Prestations indues

En cas de Prestations indûment versées à un Membre participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du Tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Membre participant postérieurement à la suspension de ses Garanties ou à la résiliation de son Adhésion entraînant le versement de Prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des Prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

## 10) Subrogation légale – recours contre tiers

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions du Membre participant ou de ses Ayants droit victime d'un Accident, contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre participant ou ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

Lorsque du fait de la victime ou des Ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du Sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses Ayants droit.

L'Assuré victime d'un Accident, qui aura été indemnisé directement par un tiers responsable devra, sous peine d'exclusion, rembourser à la Mutuelle les sommes dépensées par elle, à cet effet, jusqu'à concurrence du montant qu'il aura touché.

## 11) Expertise médicale

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Membre participant ou le cas échéant, Ayant droit, qui formule une demande ou bénéficie de Prestations au titre du présent Règlement.

L'Assuré est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (analyses, radiographies, auscultation...).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte, à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des Prestations.

L'Assuré peut solliciter l'avis de son médecin traitant ou de tout autre médecin, les honoraires de ceux-ci restant à la charge de l'Assuré.

En cas de contestation des conclusions du médecin de la Mutuelle, les parties choisissent un médecin ou un chirurgien-dentiste tiers pour qu'il se prononce définitivement.

En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ou au Président de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes du domicile de l'Assuré de nommer l'expert.

L'avis du tiers médecin ou chirurgien-dentiste ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle de recourir à la procédure de médiation et/ou d'intenter une action en justice.

Les honoraires du médecin conseil, du chirurgien-dentiste restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard de l'Assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'Assuré.

**L'Assuré peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.**

**En cas de refus d'un Assuré de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la sécurité sociale, la Mutuelle limitera ses Prestations aux garanties minimales prévues par les dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, sauf en cas de fraude avérée. En cas de régularisation de la situation par l'assuré, la Mutuelle versera le solde des Prestations éventuellement dû dans le cadre de la Garantie.**

## AUTRES GARANTIES

### 1) Assistance

Le présent Règlement comporte une Garantie d'assistance au bénéfice de l'Adhérent ou de ses Ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un Accident ou à une maladie soudaine et imprévisible.

Ces Garanties sont assurées par Filassistance International, société anonyme régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108 Bureaux de la Colline à Saint-Cloud Cedex (92213), dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice de des Membres participants.

Les Garanties d'assistance sont incluses dans les Garanties du présent Règlement. L'adhésion à ces Garantie est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité.

Les Prestations d'assistance, leurs modalités de mise en œuvre, sont définies dans la notice d'information remise au Membre participant préalablement à son Adhésion.

Une cotisation est due au titre de ces Garanties d'assistance, laquelle est incluse dans le montant de la cotisation annuelle.

### 2) Prime de naissance

Le présent Règlement comporte une Garantie de naissance et/ou d'adoption au bénéfice de l'Adhérent ou de ses Ayants droit.

Cette Garantie est accordée sous réserve de l'inscription de l'enfant dans les trois (3) mois suivants sa naissance ou son adoption.

Cette Garantie est incluse dans les Formules Vercors, Belledonne, Beaufortain et Vanoise. Elle est assurée par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 39 rue Jourdil - Cran Grevier, CS 59029 - 74991 Annecy Cedex 9, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice de ses Membres participants.

Une cotisation est due au titre de cette Garantie, laquelle est incluse dans le montant de la cotisation annuelle.

\*\*\*

## Annexe 1 : Pièces justificatives en cas de s

BENEFICIAIRES NOEMIE	
Dépassements d'honoraires	Facture acquittée précisant la date et la cotation de l'acte
Frais de chambre particulière et d'accompagnant (lit et repas par jour) en cas d'hospitalisation	Facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier permettant d'identifier la personne hospitalisée
Equipements optiques (verres et monture)	Facture acquittée + prescription médicale
Lentilles correctives	Prescription médicale + facture détaillée et acquittée
Opération du champ de la vision	Facture détaillée et acquittée précisant le type d'intervention
Appareillages Matériel médical	Facture détaillée et acquittée
Prothèses dentaires - Orthodontie - Parodontologie - Implantologie	Facture détaillée et acquittée précisant la codification des actes selon la nomenclature de l'Assurance Maladie
Aides auditives	Facture détaillée et acquittée
Prime de naissance et/ou d'adoption	Extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille
Frais d'hébergement et de transport cure thermale	Décompte de la Sécurité Sociale + bulletin de situation mentionnant les dates de séjour + justificatifs des frais de transport et d'hébergement
Ostéopathe, acupuncteur, micro kinésithérapeute, diététicien, chiropracteur, naturopathe, psychomotricien, kinésologue, réflexologue, sophrologue	Note d'honoraires du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention, entête...), portant la mention acquittée et précisant le cas échéant les dates et le nombre de séances effectuées
Pédicure, podologue	Facture détaillée et acquittée
Autres actes de bien-être et Prestations additionnelles non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : - Médicaments homéopathiques - Contraception - Amniocentèse - Fécondation In vitro - Traitements érectiles - Traitements contre les effets de la ménopause - Vaccins, test et autotests - Sevrage tabagique - Blanchiment des dents - Dépassements d'honoraires sur prothèses mammaires et capillaires	Facture détaillée et acquittée
Adhésion à un centre sportif	Licence ou certificat d'adhésion à une association ou fédération sportive ou Facture acquittée émanant d'une société ou d'un club sportif
NON BENEFICIAIRES NOEMIE	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte de la Sécurité Sociale + justificatifs ci-dessus + Facture acquittée
<b>POUR TOUT ACTE OU FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE : FACTURE ACQUITTEE ET DETAILLEE</b>	

## ANNEXE 2 : Cas d'application des périodicités de prise en charge des équipements d'optique médicale

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE

Assurés concernés		Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun		2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue</b>			
Périodicité de renouvellement dérogatoire		1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres ;</li> <li>- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie pour chacun des 2 verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</li> <li>- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptrie ;</li> <li>- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 dioptries</li> </ul>	
Constatation de l'évolution de la vue		Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières</b>			
Périodicité de renouvellement dérogatoire		Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire		<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glaucome ;</li> <li>- Hypertension intraoculaire isolée ;</li> <li>- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;</li> <li>- Rétinopathie diabétique ;</li> <li>- Opération de la cataracte datant de moins d'un an ;</li> <li>- Cataracte évolutive à composante réfractive ;</li> <li>- Tumeurs oculaires et palpébrales ;</li> <li>- Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;</li> <li>- Antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins d'un an ;</li> <li>- Greffe de cornée datant de moins d'un an ;</li> <li>- Kératocône évolutif ;</li> <li>- kératopathie évolutives ;</li> <li>- Dystrophie cornéenne</li> <li>- Amblyopie</li> <li>- Diplopie récente ou évolutive</li> </ul> <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabète</li> <li>- Maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante)</li> <li>- Hypertension artérielle mal contrôlée</li> <li>- Sida</li> <li>- Affections neurologiques à composante oculaire</li> <li>- Cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique</li> </ul> <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corticoïdes</li> <li>- Antipaludéens de synthèse</li> <li>- Tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires</li> </ul>	
Constatation de l'évolution de la réfraction		Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	

**Mutuelle Communale**

Mutuelle Entrenous - Régie par le Livre II du Code de la Mutualité - N° SIREN : 309 244 648

## Annexe 3 : Table de correspondance des catégories de verres



Catégorie du verre	Complexité et correction du verre
Verre simple	Verre de classe B, verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
Verre complexe	Verre de classe B, verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
Verre très complexe	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
	Verre de classe B, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries

# CONDITIONS GÉNÉRALES 2023

## TNS SANTÉ

(Valant notice d'information)

Mutuelle **entrenous**  
27, allée Albert Sylvestre - Oméga – Polygone IV - 73000 Chambéry  
Régie par le Livre II du Code de la Mutualité - N° SIREN : 309 244 648



Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le



ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE

# CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- D'une part, l'association APTI dont le siège social est situé 39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier CS 59029 74 991 Annecy Cedex 9., association loi 1901,
- Et d'autre part, la mutuelle Entrenous, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN n° 309 244 648, dont le siège social est situé 27, allée Albert Sylvestre, 73 000 Chambéry, ci-après dénommée la Mutuelle, un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association APTI.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est enregistré, le nom et les mentions légales de la Mutuelle, ainsi que les garanties choisies sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité.

## ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le présent contrat est un contrat collectif facultatif régi par les dispositions du Code de la mutualité.

Il est constitué des présentes Conditions Générales qui fixent le cadre général d'assurance et des Conditions Particulières propres au Souscripteur.

Ainsi, pour tous les aspects ne faisant pas l'objet d'une dérogation ou d'un aménagement prévu aux Conditions Particulières, il sera fait application des présentes Conditions Générales.

Les dispositions du présent contrat déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des Garanties frais de santé au profit des salariés ou anciens salariés du Souscripteur, relevant de la ou l'une des catégories de personnel visées aux Conditions Particulières et le cas échéant de leurs Ayants droit et ce, dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L.114-1 et L.221-2 du Code de la Mutualité.

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et de « contrat responsable ».

Les Garanties prévues dans le cadre du présent contrat sont de l'APTI donc susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux dits « contrats solidaires et responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application existants et à venir et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux accordés à ce type de contrats.

## ARTICLE 2 : OBJET

La Mutuelle accorde au titre du présent contrat une prestation complémentaire aux régimes de base de l'Assurance Maladie Obligatoire et dans la limite des frais réellement engagés pour le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation ; et ce, aux travailleurs non-salariés membres de l'APTI (ci-après nommés adhérents) ou leurs bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, dans les conditions et modalités définies aux Conditions Particulières.

## ARTICLE 3 : PRÉAMBULE

Le présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Publié le

Le présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Il est ensuite renouvelé chaque année à effet du 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation effectuée par l'une ou l'autre des parties, dans les conditions définies à l'article « RESILIATION DU CONTRAT ».

## ARTICLE 4 : AFFILIATION FACULTATIVE DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

### 4.1 Conditions d'Affiliation facultative des Membres participants

Peuvent bénéficier des garanties du présent contrat toute personne exerçant les professions non salariées suivantes ou retraités des professions non salariées suivantes :

- Les artisans ou commerçants gérants majoritaires de SARL ou SELARL ; gérants associés uniques d'EURL ; gérants associés de SNC ; sociétés en participation ; gérants associés commandités de sociétés en commandite simple ou par actions ;
- Les artisans ou commerçants en nom propre ;
- Les professions libérales ;
- Les professions médicales ;
- Les professions paramédicales ;
- Les professions agricoles affiliées au régime AMEXA (assurance maladie, maternité et invalidité des exploitants agricoles) ;
- Leur conjoint collaborateur ou associé participant effectivement à l'activité de l'entreprise ; résidant et exerçant leur profession en France Métropolitaine ;
- Et leurs ayants droit, moyennant le paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article « COTISATIONS ».

### 4.2 Modalités d'Affiliation facultative des Membres participants

L'Affiliation ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Membre participant renseigne intégralement et signe le Bulletin d'affiliation dans lequel il précise notamment son état civil, ainsi que le cas échéant celui de ses Ayants droit.

Le Membre participant doit joindre avec le Bulletin d'affiliation :

- La photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale,
- Un relevé d'identité bancaire, avec un mandat SEPA, ainsi que le cas échéant, la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale pour les ayants droit lorsque ceux-ci sont eux-mêmes assurés sociaux.

La Mutuelle pourra demander pour les Ayants droit :

- S'agissant du Conjoint marié : la copie du livret de famille,
- S'agissant d'un concubin : un justificatif fiscal de domicile commun
- S'agissant d'une personne liée au membre participant par un Pacte Civile de Solidarité : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,

CG Activa TNS Santé  
Mutuelle Entrenous

Régie par le Livre II du Code de la Mutualité - N° SIREN : 309 244 648

- S'agissant des enfants à charge de plus de 21 ans et de moins de 28 ans : un justificatif de scolarité, un certificat d'apprentissage, une copie du contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à Pôle Emploi,
- S'agissant des enfants handicapés : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou une copie de la carte d'invalidité.

Les pièces visées ci-dessus exigées pour les enfants assurés sociaux sont à renouveler annuellement.

La Mutuelle se réserve en outre le droit, à tout moment, de demander au Membre participant toutes autres pièces justificatives justifiant du statut d'ayant droit des personnes déclarées comme tel sur le Bulletin d'affiliation.

#### **4.3 Date d'effet de l'Affiliation facultative des Membres participants**

L'Affiliation du Membre participant prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du dossier complet de demande d'Affiliation par la Mutuelle.

#### **4.4 Modalités d'Affiliation des Ayants droit**

Le Membre participant peut déclarer à la Mutuelle les Ayants droits qu'il souhaite voir affilier au contrat soit à l'occasion de son Affiliation, soit postérieurement à celle-ci.

L'Affiliation des Ayants droit est dans tous les cas indissociable et indivisible de celles du Membre participant.

#### **4.5 Date d'effet de l'Affiliation des Ayants droit**

La Garantie est immédiate, pour les Ayants droit, si leur Affiliation a lieu en même temps que celle du Membre participant.

En cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant postérieurement à l'Affiliation du Membre participant, la Garantie prend effet, pour l'intéressé, dès la date de l'événement en question si la demande est reçue dans les deux mois qui suivent l'événement.

En cas d'Affiliation éventuelle d'un ayant droit supplémentaire, la garantie prend effet au bénéfice de ce dernier le 1<sup>er</sup> du mois en cours si la demande parvient à la Mutuelle avant le 15 du mois ou le 1<sup>er</sup> du mois suivant si la demande parvient après le 15 du mois. Toutefois, les nouveaux nés sont garantis dès le jour de leur naissance dès lors que la demande d'Affiliation est adressée à la Mutuelle dans les deux mois suivant la naissance. Les pièces doivent être impérativement communiquées dans les deux mois suivant la réalisation de l'événement.

### **ARTICLE 5 : FACULTE DE RENONCIATION ET DE RETRACTATION**

#### **5.1 Dispositions spécifiques à chaque canal de distribution vente à distance**

Le Membre participant qui adhère à distance au contrat, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter, soit du jour où l'adhésion a pris effet, soit du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle de prise d'effet de l'adhésion.

- **Démarchage à domicile**

Le Membre participant qui adhère au contrat dans le cadre d'un démarchage à domicile au sens de l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, à des fins qui n'entrent pas dans le

cadre de son activité commerciale ou professionnelle, peut y renoncer dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus commenant à courir à compter de la date de signature du Bulletin d'affiliation.

Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une demande dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

- **Vente hors établissement**

Dans le cadre de la vente hors établissement au sens de l'article L.221-1 du Code de la consommation, le Membre participant peut se rétracter dans un délai de quatorze (14) jours commençant à compter de la date de signature du Bulletin d'affiliation.

Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

- **Foires et salons**

En cas de distribution du présent contrat à l'occasion de foires ou salons, les dispositions du présent article n'ont pas vocation à s'appliquer. En effet, les articles L.224-59 à L.224-62 du Code de la consommation n'offrent aucune possibilité pour le consommateur de se rétracter

#### **5.2 Dispositions communes à l'ensemble des canaux de distribution**

Cette renonciation ou cette rétractation doivent être formulées par lettre recommandée, avec accusé de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : Mutuelle Entrenous – 27 Allée Albert Sylvestre – 73000 CHAMBERY ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, à [contact@mutuelle-entrenous.fr](mailto:contact@mutuelle-entrenous.fr). Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai. Le délai commence à courir au début de la première heure du premier jour suivant et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour du délai.

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution du bénéfice du contrat avant l'expiration du délai de renonciation ou de rétractation devra s'acquitter du prorata de la cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'Affiliation et la renonciation.

La Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent ainsi que des Prestations versées au cours de cette période, dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation. Passé ce délai, les sommes produisent des intérêts au taux légal majoré de 50% durant les deux premiers mois, puis au-delà de ce délai, au double du taux légal.

Toutefois, dans le cadre du démarchage à domicile, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le Membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu le paiement de la Garantie et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenue pendant le délai de renonciation. Cette renonciation ou rétractation entraîne la cessation du droit aux Garanties et à l'ensemble des Prestations prévues.

## ARTICLE 6 : CHOIX DES GARANTIES ET CHANGEMENT DE FORMULE

Lors de la souscription du contrat, le Souscripteur peut choisir de proposer un régime de Garanties comprenant plusieurs Formules qui offrent des niveaux de Prestations différents en contrepartie de cotisations différentes.

Dans ce cas, le Membre participant effectue son choix de Formule, identique pour lui et ses éventuels Ayants droit, au moment de son Affiliation sur son Bulletin d'affiliation.

Postérieurement à son Affiliation, le Membre participant a toutefois la possibilité de changer de Formule dans les conditions suivantes.

### 6.1 Délai à respecter

Le choix de la Formule est effectué par l'Adhérent au moment de son Adhésion et s'applique pour une durée minimale d'une année civile. Passé ce délai, l'Adhérent peut solliciter par écrit, au moins un mois avant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier et sous réserve qu'il soit à jour de ses cotisations, un changement de Formule.

Après ce premier changement, tout nouveau changement de Formule sera ensuite possible :

- à tout moment en cas de changement à la hausse ;
- au terme d'un délai de 24 mois en cas de changement à la baisse.

### 6.2 Date d'effet du changement de Formule

Le changement de Formule prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier qui suit la demande, sous réserve du respect de délai visé au premier paragraphe.

En cas de changement de Formule, toute demande de Prestations sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité. Si le changement vise une Formule de niveau supérieur (par exemple : passage d'une Formule 15 à 20, ou de 25 à 30), les délais d'attente pour la prise d'effet du droit aux Prestations définis à l'article « DELAI D'ATTENTE » sont réinitialisés.

### 6.3 Modalités d'application des Plafonds et de renouvellement des équipements optiques et des aides auditives

Le versement d'une Prestation soumise à un Plafond (en fréquence et/ou en montant) dans la nouvelle Formule tiendra compte des Prestations de nature identique versées dans le cadre de la Formule précédente.

Concernant les Prestations optiques, et les Prestations d'aides auditives, le droit au remboursement de l'équipement sera apprécié en prenant en compte la date de facturation du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire ou par la Mutuelle dans le cadre de la Formule précédente.

## ARTICLE 7 : CESSATION DE L'AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

L'affiliation des Membres participants et de leurs Ayants droit se termine au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, au 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an, sauf dans les cas de cessation visés ci-après.

### 7.1 Cessation de l'Affiliation des Membres participants de plein droit

L'affiliation du Membre participant cesse de plein droit à l'expiration du mois en cours :

Lorsque le Membre participant ne fait plus partie de la ou l'une des catégorie(s) visée(s) à l'article « CONDITION

## D'AFFILIATION PARTICIPANTS

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

MEMBRES  
S<sup>2</sup>LO

ID : 038-213801855-20250203-D2025020315-DE tier

Dans ces situations, quelle que soit la date de cessation de l'Affiliation au cours du mois.

L'Affiliation est également résiliée de plein droit en cas de décès du Membre participant. Une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte. Les cotisations déjà versées donneront lieu à remboursement prorata temporis, à compter de la date du décès.

En tout état de cause, l'Affiliation du Membre participant cesse et met fin au bénéfice des Garanties en cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat.

Toute carte de Tiers payant délivrée au Membre participant, en cours de validité après la date d'effet de la cessation de son Affiliation, doit impérativement être restituée à la Mutuelle.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la cessation de l'Affiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

### 7.2 Cessation de l'Affiliation des Membres participants à leur initiative

Le Membre participant peut demander la cessation de son Affiliation au contrat soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle lors de son Affiliation, dans les conditions suivantes :

- Au 31 décembre minuit de chaque année si elle est notifiée à la Mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours.
- Conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, après l'expiration d'un délai d'un an d'Affiliation au contrat, sans frais ni pénalités auquel cas la dénonciation de son Affiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification. Lorsque la demande émane d'un autre organisme assureur, la notification devra être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique et être accompagnée du mandat donné par le Membre participant à cet autre organisme d'effectuer pour son compte les formalités de dénonciation auprès de la Mutuelle.
- En cas de modifications apportées à ses droits et obligations par avenant signé au contrat sous réserve qu'il notifie sa demande à la Mutuelle dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice l'informant de ces modifications.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque la cessation de l'Affiliation intervient dans les conditions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité telles que visées ci-avant, la Mutuelle communique au Membre participant un avis de dénonciation ou de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de celle-ci et de son droit à être remboursé, le cas échéant, du solde des cotisations correspondant à la période au cours de laquelle le risque n'est plus couvert dans le délai de trente jours à compter de cette date.

Lorsque le Membre est admis au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire, il peut aussi demander la cessation de son Affiliation en cours d'année. Pour ce faire, il doit envoyer à la Mutuelle un courrier accompagné de

l'attestation délivrée par le régime obligatoire. La cessation de son Affiliation prend alors effet la veille de la date d'effet de sa couverture telle que figurant sur cette attestation et avec un effet rétroactif si nécessaire.

### **7.3 Cessation de l'Affiliation des Membres participants à l'initiative de la Mutuelle**

La Mutuelle peut mettre fin à l'Affiliation du Membre participant :

- En cas de non-paiement des cotisations par ce dernier dans les conditions définies dans le présent contrat ;
- En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité dans les conditions de l'article « RESILIATION EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DU SOUSCRIPTEUR ».

### **7.4 Cessation de l'Affiliation des Ayants droit**

L'Affiliation des Ayants droit prend fin en cas de cessation de l'Affiliation du Membre participant.

Elle cesse également :

- À la date à laquelle les Ayants droit ne remplissent plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant droit ;
- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Membre participant demande la cessation de l'Affiliation de l'Ayant droit, sous réserve que la demande soit notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, dans le respect d'un délai de préavis de deux mois ;
- Au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande de cessation de l'Affiliation de l'Ayant droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire et à condition que l'acte mettant en place cette couverture le prévoit.
- Au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande de cessation de l'Affiliation de l'Ayant droit lorsque celle-ci est justifiée par un départ de l'Ayant droit à l'étranger pour une durée de plus de trois mois.

### **7.5 Conséquences de la cessation de l'Affiliation des Membres participants et de leurs Ayants droit**

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la cessation de l'Affiliation du Membre participant et de ses Ayants droit restent dues dans tous les cas.

Aucune Prestation ne peut être servie après la date d'effet de la cessation de l'Affiliation du Membre participant et de ses Ayants droit, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

En aucun cas, le Membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir Ayant droit d'un Membre participant ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'administration.

## **ARTICLE 8 : COTISATIONS**

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

### **8.1 Choix de la structure des cotisations**

Le Membre participant a le choix entre les structures de cotisations suivantes :

- « Taux Unique FAMILIAL »
- « ADULTE / ENFANT » permet de garantir dans le cadre de la :
  - o Cotisation « Adulte » : le Membre participant ainsi que, le cas échéant, son Conjoint tel que défini au contrat,
  - o Cotisation « Enfant » : l'(es) enfant(s) à charge tel que défini au contrat.

### **8.2 Montant des cotisations**

Le montant des cotisations est déterminé en fonction des Garanties souscrites et selon les critères mentionnés à l'article L. 110-2 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont établies par année civile et sont révisables à chaque échéance annuelle du contrat.

Elles font l'objet d'un appel directement auprès du Membre participant en fonction des périodes de paiement choisies au moment de la signature du Bulletin d'affiliation.

Les montants, modalités de paiement et fréquence des cotisations et de leur appel sont précisés aux Conditions Particulières du présent contrat.

Pour les Membres participants dont l'Affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à la catégorie visée aux Conditions Particulières.

La gratuité de la cotisation à compter du 3<sup>ème</sup> enfant et les suivants.

### **8.3 Évolution et révision des cotisations**

Les montants de cotisation sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année à effet du 1<sup>er</sup> janvier et peuvent être modifiés en fonction de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la Sécurité sociale hors hospitalisation, du Plafond de la Sécurité sociale et des perspectives d'évolution de la sinistralité du produit.

La cotisation du Membre participant et de ses Ayants droit peut également évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction de la tranche d'âge à laquelle ils appartiennent.

Cette révision sera communiquée par la Mutuelle au Souscripteur et au Membre participant pour une application au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

En cas de communication retardée du fait des parutions d'indices ou pour l'obtention des résultats techniques, la communication de l'indexation pourra donner lieu à régularisation rétroactive.

Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la Sécurité sociale, de celle relative à la fiscalité du contrat et aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des Garanties.

Les augmentations répercutées strictement de par l'évolution des taxes et impôts de droits se feront sans obligation de formalisme écrit. En revanche, les modifications de cotisations sont formalisées par avenant au contrat dans les autres cas.

### **8.4 Paiement des cotisations**

La cotisation due au titre du contrat collectif à adhésion facultative est à la charge exclusive du Membre participant.

Il n'y a pas d'exonération de cotisation pour les Membres participants en arrêt de travail.

Reçu en préfecture le 06/02/2025 le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes lorsque les Bénéficiaires sont des Ayants droit du Membre participant décédé.

Le Membre participant, le cas échéant, renseigne son mode de paiement sur le Bulletin d'affiliation. Postérieurement, il peut toutefois en changer sur demande écrite faite auprès de la Mutuelle, la modification interviendra au plus tôt le premier (1<sup>er</sup>) du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le délai maximum de règlement de la cotisation est d'un mois à compter de la date de réception des appels de cotisations.

### 8.5 Loi Madelin

Les travailleurs non-salariés, non agricoles et non auto-entrepreneurs en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par la Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite Loi "Madelin".

### ARTICLE 9 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement par le Membre participant de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, les Garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par la Mutuelle au Membre participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son Affiliation et de celle de ses Ayants droit.

La résiliation de l'Affiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La Garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où est payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de mise en demeure à l'euro l'euro.

### ARTICLE 10 : FRAIS DE GESTION

Les frais de gestion inhérents au présent contrat sont précisés aux Conditions Particulières et sont communiqués au Souscripteur dans le respect des modalités prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

### ARTICLE 11 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'application du présent contrat sont prescrites après un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte sur le Risque couru, du fait du Souscripteur ou du Membre participant, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.
- En cas de réalisation du Risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Souscripteur ou des Bénéficiaires contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court qu'à partir du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Souscripteur ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de droit commun que sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- La demande en justice, même en référé, et également lorsque celle-ci est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts suite à la réalisation d'un Risque.

L'interruption de la prescription peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

### ARTICLE 12 : SUBROGATION LÉGALE – RECOURS CONTRE TIERS

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions du Membre participant ou de ses Ayants droit victimes d'un Accident ou d'une maladie contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la Prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'Accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre participant ou ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

Lorsque, du fait de la victime ou des Ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du Sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses Ayants droit.

### ARTICLE 13 : RECLAMATION – MEDIATION

Est traitée en réclamation, toute déclaration actant le mécontentement du Souscripteur, d'un Membre participant ou d'un Ayant droit envers la Mutuelle. La réclamation peut être formulée par oral, par téléphone ou par écrit, la preuve demeurant à la charge du Souscripteur, du Membre participant ou de l'Ayant droit émetteur de la réclamation.

Toute demande de service, de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation, mais une demande de renseignement complémentaire.

En cas de désaccord sur cette demande, une réclamation peut alors être formulée en reproduisant les références du dossier accompagné des pièces justificatives et en exposant précisément les attentes auprès du service ci-après :

**Mutuelle Entrenous  
 Service Réclamations 27 Allée Albert Sylvestre  
 Oméga - Polygone IV  
 73000 CHAMBERY**

La Mutuelle accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa réception, sauf si durant ce même délai elle est en mesure d'apporter une réponse au Membre participant. Par ailleurs, elle dispose d'un délai de deux mois pour répondre à la réclamation envoyée par le Membre participant.

En cas d'absence de réponse de la Mutuelle dans ce délai, ou si la réponse de la Mutuelle ne le satisfait pas, le Souscripteur, le Membre participant ou l'Ayant droit peut saisir le Médiateur de la consommation par voie postale à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française  
 255 rue de Vaugirard  
 75719 PARIS CEDEX 15**

Ou par voie électronique sur le site internet du Médiateur :

[www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr).

Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est disponible sur le site du médiateur.

Le Médiateur de la Mutualité Française rend une solution motivée au plus tard dans les 90 jours suivant la réception du dossier complet.

La demande de médiation doit être formulée dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition que le Souscripteur, le Membre participant ou l'Ayant droit n'ait pas saisi les tribunaux.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas en outre des droits de ces derniers et de ceux de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

#### **ARTICLE 14 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

La Mutuelle ENTRENOUS est responsable du traitement. Son adresse est 27 Allée Albert Sylvestre 73000 Chambéry.

Les informations nominatives concernant le Membre Participant ainsi que ses Ayants droit recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé fondé sur l'exécution des mesures précontractuelles, contractuelles, et, le cas échéant, sur le consentement de l'Assuré afin :

- Gérer l'Affiliation du Membre participant et de ses Ayants droit,
- Interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle,
- Leur proposer des garanties complémentaires à titre individuel.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion du contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude et plus généralement la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de prévenir, de détecter ou de gérer des opérations,

actes ou omissions de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L.1461-3 du Code de la santé publique.

Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de la Mutuelle, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le présent contrat.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix (10) années.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement (UE) 2016/679 général sur la protection des données (RGPD), le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données personnelles de la Mutuelle en adressant un courrier à l'adresse suivante :

**Mutuelle Entrenous – DPO  
 27 Allée Albert Sylvestre  
 Omega  
 Polygone IV  
 73000 Chambéry**

Vous pouvez également adresser une réclamation concernant le traitement de vos données personnelles auprès de la Commission Nationale de L'informatiques et des Libertés, 3 place de Fontenoy, TSA 80175, 75334 PARIS CEDEX 07.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre participant ou, le cas échéant, aux Ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne la conclusion du contrat. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'Adhésion.

#### **Bloctel**

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site [www.bloctel.gouv.fr/](http://www.bloctel.gouv.fr/).

#### **ARTICLE 15 : AUTORITE DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

dépassements ta Reçu en préfecture le 06/02/2025 et pas adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite de 100 % du Tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du Tarif de responsabilité.

3°/ Les dépenses d'acquisitions des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- À hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code (classe A), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- Conformément à la Garantie prévue au contrat pour les frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 susvisé autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (classe B), dans le respect des limites ci-dessous exposées :
  - o Au minimum à 100 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
    - Par équipement à verres uni focaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
    - Par équipement à verre uni focaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
    - Par équipement à verre uni focaux sphéro- cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
  - o Au minimum à 150 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c.
  - o Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
    - Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
    - Par équipement à verre unifocaux sphéro- cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
    - Par équipement à verre unifocaux sphéro- cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00

## ARTICLE 16 : DÉLÉGATION DE GESTION

La Mutuelle se réserve le droit de déléguer à un centre de gestion professionnel tout ou partie de la gestion du contrat, auquel cas le nom et les coordonnées de ce centre seront précisées aux Conditions Particulières du contrat.

## ARTICLE 17 : VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant et constituent le contrat :

- Les présentes Conditions Générales et ses annexes ;
- Le contrat d'adhésion dûment complété, daté et signé par le membre participant et valant Conditions Particulières.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ce sont celles des Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles des présentes Conditions Générales n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat souscrit exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de la souscription.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

## CHAPITRE II DÉFINITION DES GARANTIES

### ARTICLE 18 : GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

#### 18.1 Objet des Garanties frais de santé

Les Garanties frais de santé ont pour objet d'assurer au Membre participant et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période d'ouverture du droit aux Prestations, en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.

Les frais de santé concernés par les Garanties sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions prévues à l'article « FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER ».

#### 18.2 Contrat responsable

Les Prestations servies dans le cadre du présent contrat sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables » ainsi qu'aux dispositions des articles L.911-7 et D.911-1 du même code qui définissent le niveau minimal des garanties collectives d'assurance maladie complémentaire santé.

La Mutuelle prend ainsi en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des Assurés définie à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, mais qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon les Garanties effectivement souscrites au titre du contrat.

2°/ Si cette Garantie est prévue au contrat, les

dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- Par équipement à verre unifocaux sphéro- cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
  - Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
  - Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
  - Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- Au minimum à 150 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f.
  - Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f.
  - Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
    - Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à +4,00 dioptries ;
    - Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
    - Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
    - Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1°/ pour l'acquisition de l'équipement.

Lorsque cet équipement (de classe B) est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou

f définies ci-dessus à prise en charge de l'équipement son

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture de classe B est limitée à 100 euros.

L'Assuré peut faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (A et B).

Ces Garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4°/ Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du même code, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

5°/ Les frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale exposés par l'Assuré pour les actes autres que ceux mentionnés au 4°/ à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie.

6°/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

7°/ Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

- À hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code ;
- Si les Garanties effectivement souscrites au titre du contrat comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée, au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1°/ pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces Garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

La Mutuelle exclut par ailleurs la prise en charge de certains actes conformément aux dispositions de l'article « EXCLUSIONS ».

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des

cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

### 18.3 Conditions des Garanties prises en charge

Les Garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Par dérogation, certains frais de santé inscrits à la nomenclature mais non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent donner lieu à un remboursement de la Mutuelle dans les conditions fixées aux Conditions Particulières du contrat.

Les Prestations applicables et leurs niveaux sont celles indiqués dans le tableau des Garanties figurant aux Conditions Particulières du présent contrat.

#### 18.3.1 Hospitalisation

- **Chambre particulière :**

La chambre particulière n'est pas remboursable dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisées, les ateliers thérapeutiques, les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, les centres de rééducation professionnelle.

Pour le remboursement des frais de chambre particulière facturés par les cliniques privées de Savoie, la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais exposés par le Bénéficiaire dans la limite des tarifs négociés et prévus par voie de convention avec ces établissements.

Au sein des autres établissements hospitaliers, le remboursement de la chambre particulière est plafonné selon le montant prévu au tableau des Garanties.

- **Forfait obstétrique :**

Les dépassements d'honoraires liés aux actes des praticiens (obstétricien, chirurgien, anesthésiste...) dans le cadre d'un accouchement sont pris en charge au titre de l'hospitalisation et dans les conditions prévues à la Garantie applicable (honoraires). Entrent donc dans le cadre du présent Forfait les remboursements de frais liés à l'accouchement supportés par l'Assuré qui ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie obligatoire tels que les frais de confort (télévision, téléphone, ...).

Le remboursement de la Mutuelle s'effectue sur présentation de la ou des facture(s) acquittée(s) relative(s) à ces frais, et du justificatif de situation émis par l'établissement hospitalier précisant la période d'hospitalisation, **dans la limite des frais engagés et du montant indiqué au tableau des Garanties.**

- **Forfait journalier :**

Le Forfait journalier hospitalier est remboursé aux frais réels sans limitation de durée, sauf cas contraires prévus aux règles relatives aux dits « contrats solidaires et responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application existants et à venir.

Le Forfait journalier hospitalier n'est pas remboursable dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons

- **Honoraires médicaux et chirurgicaux :**

Les dépassements d'honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues et telles que définies au tableau des Garanties, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à l'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) ou à l'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

- **Frais d'accompagnant :**

Les frais d'accompagnant sont remboursés par la Mutuelle en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale du Membre participant ou d'un Ayant droit bénéficiaire du contrat **dans les conditions et la limite du montant prévu au tableau des Garanties.** Ces frais comprennent uniquement les frais d'hébergement (lit) et de repas (nourriture) du ou des accompagnants bénéficiaires du contrat facturés par l'établissement hospitalier ou, le cas échéant, ceux engagés dans les « maisons de parents ».

#### 18.3.2 « Bien-être »

Les Prestations couvertes par le poste Bien-être sont les actes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et listés dans le tableau des Garanties et/ou aux Conditions Particulières.

Le remboursement s'effectue dans la limite des Plafonds annuels sur présentation de la facture d'honoraires, précisant la ou les date(s) de soin(s), le ou les Bénéficiaire(s) et le nombre de séances effectuées et ce dans la limite du montant par séance indiqué au tableau des Garanties.

Le prestataire devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union européenne) ou de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

#### 18.3.3 Dentaire

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux » (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire et leur association aux différentes Garanties « DENTAIRE ».

Les Prestations de la Mutuelle peuvent ainsi dépendre du détail du type de l'acte réalisé (couronne, implant...) ou du type de prothèse (fixe, amovible...), du matériau ou de l'emplacement de la dent.

- **Soins et prothèses :**

- **Soins et prothèses 100% santé**

Il s'agit d'actes prothétiques dentaires définis réglementairement auxquels s'appliquent des Honoraires limites de facturation dont le respect s'impose aux dentistes et chirurgiens-dentistes. La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire au titre de ces actes **dans la limite des Honoraires limites de facturation.**

- **Soins et prothèses hors 100% santé**

Les soins dentaires tels que les soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention sont remboursés par la Mutuelle selon le montant prévu à la Garantie dès lors qu'ils

sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dit à « Honoraires maîtrisés » sont remboursés par la Mutuelle dans la double limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la Garantie, et des Honoraires limites de facturation fixés réglementairement lorsque ceux-ci sont inférieurs audit Plafond.

Les actes prothétiques dentaires donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dit à « honoraires libres » sont remboursés par la Mutuelle dans la limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la Garantie.

Pour l'ensemble de ces actes, le remboursement de la Mutuelle peut en outre s'effectuer dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré. Le cas échéant, lorsque ce Plafond annuel est atteint, le remboursement de la Mutuelle est alors limité à 125% du Tarif de responsabilité.

Les remboursements de la Mutuelle au titre des soins dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire tels que mentionnés ci-avant s'effectuent dans les conditions prévues par la Garantie applicable en dehors du Plafond global annuel susvisé.

Concernant les soins et actes dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, à l'exclusion des actes d'implantologie et de parodontologie qui font l'objet d'une Garantie spécifique, ceux-ci peuvent également être remboursés par la Mutuelle dans la limite d'un Plafond par acte et selon la Garantie applicable, d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré ou exprimé en nombre d'actes par année civile et par Assuré.

Sauf mentions contraires portées au tableau de Garanties, la Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- **Implantologie :**

Est concernée l'implantologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Remboursement par implant plafonné au montant indiqué au tableau de Garanties, et ce dans la limite de trois implants par année et par Bénéficiaire maximum.

- **Orthodontie :**

Les soins d'orthodontie remboursés ou non par l'assurance maladie obligatoire peuvent être pris en charge par la Mutuelle.

### 18.3.4 Optique

- **Équipements optiques :**

#### Définitions :

Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Les équipements optiques sont répartis en deux classes définies comme suit :

- Les équipements optiques de « classe A » : ils sont composés de verres et de montures définis réglementairement, dans le cadre du dispositif du « 100% santé », auxquels s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'impose aux opticiens.

- Les équipements optiques de « classe B » : il s'agit des verres et des montures dont les tarifs sont librement fixés par l'opticien.

#### Conditions de prise en charge

- **Équipement**

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : la Mutuelle prend en charge le Bénéficiaire dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement et d'un équipement optique par Assuré par période de deux ans calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté.

Pour les enfants de moins de 16 ans : la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement et d'un équipement optique par Assuré par période d'un an calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté.

- **Équipements optiques hors 100% santé (classe B)**

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : le remboursement de la Mutuelle est limité au Plafond prévu à la Garantie et à un équipement optique par Assuré pour une période de deux ans calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté.

Pour les enfants de moins de 16 ans : le remboursement de la Mutuelle est limité au Plafond prévu à la Garantie et à un équipement optique par Assuré pour une période d'un an calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

- **Équipements mixtes**

Les équipements peuvent être composés d'éléments de la classe A et d'éléments de la classe B (exemple : monture de classe A et verres de classe B ou inversement).

Dans ce cas, la Mutuelle rembourse l'équipement dans la double limite des Prix limites de vente appliqués aux éléments de classe A et du Plafond prévu à la Garantie applicable pour les équipements optiques de classe B si celle-ci est exprimée sous la forme d'un Forfait global pour l'ensemble des éléments de cet équipement, ou chacun des éléments de l'équipement dans les conditions prévues à la Garantie applicable pour chacune des classes si la Garantie applicable aux équipements optiques de classe B est exprimée de telle sorte qu'un montant est spécifiquement alloué pour chacun des éléments de cet équipement.

#### *Conditions de la prise en charge du renouvellement des équipements optiques*

Elles sont fixées par arrêté et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. À la date d'effet du contrat, elles peuvent être résumées de la manière qui suit.

- **Dégradation de la performance oculaire**

Pour les Assurés âgés de 16 ans et plus : par dérogation au plafond biennal visé ci-dessus, les adultes et les enfants d'au moins 16 ans peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale d'un an, lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires dans des proportions répondant aux conditions fixées par arrêté (*exemple : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins*



- Si la Garantie prévoit des dépassements d'honoraires, la participation de la Mutuelle est minorée du montant du Ticket modérateur.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de Prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des Garanties figurant aux Conditions Particulières du contrat.

Pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, la Mutuelle intervient en complément de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française prévue pour les actes de même nature lorsqu'ils sont remboursés et selon les Garanties prévues dans la Formule choisie par le Membre participant.

## ARTICLE 20 : EXCLUSIONS

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire (article L.160-13 II du code la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés (article L.160-13 III du Code la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :
  - o Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5111-4 et L.5121-1 du Code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
  - o Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
  - o Le transport mentionné au 2) de l'article L.160-8 du Code la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- La majoration de participation de l'Assuré visée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que des actes et prestations pour lesquels l'Assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique ;
- Les Dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors Parcours de soins coordonné et hors protocole de soins.
- Et de manière générale, tout autre acte, Prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.

Sauf mentions contraires figurant dans les tableaux des Garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- Les frais engagés hors de France, sauf si la caisse de Sécurité sociale française à laquelle l'Assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France ;

- Les soins reçus directement à une maladie ou un accident non pris en charge par la Sécurité sociale tels que les cures de rajeunissement, les traitements hormonaux, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- Les séjours et frais au sein d'établissement médico-sociaux (ex : maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- Les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Les exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour que le présent contrat soit responsable.

## ARTICLE 21 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET PLURALITÉ D'ASSUREURS

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,

« Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale ».

« Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date. »

## ARTICLE 22 : FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux engagés en France.

Les frais engagés hors de France sont pris en charge sous réserve qu'ils aient été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la Sécurité sociale française (Carte Européenne d'assurance maladie), la Mutuelle rembourse uniquement le Ticket modérateur.

Les remboursements sont effectués en euros.

La Mutuelle ne prend en charge les soins à l'étranger que sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

### Expatriés

Le présent contrat ne couvre pas les expatriés.

## ARTICLE 23 : ÉVOLUTION DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ET/OU DES NIVEAUX DES PRESTATIONS

Les Garanties et/ou les niveaux des Prestations peuvent

être modifiés à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la Sécurité sociale, de celle relative à la fiscalité du contrat et aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des Garanties.

Dans ce cas, les modifications des Garanties et/ou des niveaux des Prestations sont notifiées au Souscripteur, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année N. Elles prennent effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N + 1.

Le Souscripteur est tenu d'informer chaque Membre participant des modifications des Garanties en lui remettant une nouvelle notice d'information établie par la Mutuelle.

## ARTICLE 24 : AUTRES GARANTIES

En complément des Garanties santé, et selon les Garanties effectivement souscrites prévues au tableau des Garanties figurant aux Conditions Particulières, la Mutuelle assure également le versement des Prestations suivantes :

- Prime de naissance et d'adoption :

Cette garantie est assurée par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 337 682 660, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle au bénéfice de ses Membres participants.

La Prestation et ses modalités de mise en œuvre sont définies en annexe de la notice d'information.

- Assistance :

Les prestations d'assistance sont incluses dans les garanties souscrites par l'adhérent. Un organisme spécialisé et dûment agréé est l'opérateur de cette garantie conformément à la convention signée à cet effet. L'opérateur assurant cette prestation est COGEMUT, Garantie Assistance S.A. au capital de 1 850 000€, 38 rue de la Bruyère 75009 Paris, entreprise régie par le Code des Assurances.

La garantie assistance est incluse dans les garanties du présent Règlement. L'adhésion à cette garantie est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L221-3 du code de la mutualité.

Les prestations d'assistance, leurs modalités de mise en œuvre, sont définies dans la notice d'information remise au Membre participant préalablement à son adhésion.

## CHAPITRE III VERSEMENT DES PRESTATIONS

### ARTICLE 25 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

#### 25.1 Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des Prestations auxquelles ils peuvent prétendre, les Assurés peuvent adresser un devis à la Mutuelle.

Pour les équipements optiques et, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, pour les aides auditives, ce devis doit obligatoirement comporter une Prestation appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée (dispositif 100% SANTÉ). À défaut, la Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations distribués par le professionnel ne pouvant pas être admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L.165-1-4 du Code de la Sécurité sociale.

#### 25.2 Condition

Le droit aux Prestations s'applique à compter de la prise d'effet des Garanties

Les soins couverts sont ceux dont le fait générateur intervient à partir de la date d'effet des Garanties et jusqu'à la date de cessation des Garanties.

Est considéré comme fait générateur :

- Pour les frais de soins en général : la date des soins figurant sur le décompte de remboursement de la caisse d'assurance maladie. A défaut, la date de prescription des soins est retenue, sauf dans le cas de traitements répétitifs pour lesquels la date du traitement est prise en compte. Pour les soins qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, la date de soin ou la date d'achat est retenue.
- Pour l'hospitalisation : la date d'hospitalisation.

Pour bénéficier des Prestations, les Assurés sont tenus de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives selon le type de Prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du Membre participant.

Afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut en outre demander la production de toute pièce justificative, permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des Prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des Prestations, y compris après cessation de l'Affiliation ou résiliation du contrat.

Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions de l'article « CONTROLE MEDICAL ».

La Mutuelle peut aussi avoir recours à une expertise médicale effectuée par tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

En cas de contrôle, l'Assuré aura la faculté de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

#### 25.3 Cessation du droit aux Prestations

Les droits du Membre participant et de ses Ayants droit cessent dans les conditions décrites par l'article « CESSATION DE L'AFFILIATION » du présent contrat.

### ARTICLE 26 : DÉCHÉANCE Du DROIT AUX PRESTATIONS

Les demandes de Prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de six (6) mois suivant le fait générateur prévu à l'article « OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS » sous peine de déchéance des droits à indemnisation en cas d'intention frauduleuse dans le respect des dispositions de l'article L.221-16 2° du Code de la mutualité.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé, même en l'absence d'intention frauduleuse de l'Assuré.

L'Assuré peut également être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un

crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'Assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

### ARTICLE 27 : TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'assurance maladie transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle. Il appartient néanmoins à l'Assuré de veiller à son fonctionnement, en vérifiant la prise en charge de ses frais de soins de santé.

Pour les Assurés ayant déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après radiation auprès du centre d'assurance maladie à la demande de l'Assuré faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre d'assurance maladie, il appartient à l'Assuré d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale.

L'Assuré peut s'opposer à la télétransmission en formulant une demande à la Mutuelle.

### ARTICLE 28 : TIERS PAYANT

En principe, les Prestations sont réglées aux Membres participant après acquittement par eux des dépenses engagées.

Toutefois, pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle permet aux Assurés de bénéficier du mécanisme de Tiers payant sur les Prestations prises en charge au titre du contrat responsable au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité.

Chaque Membre participant reçoit une carte mutualiste nominative portant mention, le cas échéant, de ses Ayants droit et des actes susceptibles de bénéficier du Tiers payant.

Le Membre participant bénéficie ainsi d'une dispense d'avance de frais dans la limite des Garanties prévues au contrat. La Mutuelle rembourse alors les frais engagés par le Membre participant ou, le cas échéant, par ses Ayants droit au professionnel de santé.

Dans le cas où le Tiers payant ne serait accordé que sur la partie des dépenses liées au contrat responsable, l'Assuré doit adresser à la Mutuelle une facture acquittée des frais avancés, établie par le praticien, le fournisseur ou l'établissement de santé dont le remboursement ne pourra intervenir que si la Mutuelle a reçu la preuve du remboursement par le régime d'assurance maladie si le décompte est directement transmis.

En cas de cessation ou de suspension de son Affiliation, le Membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle la carte mutualiste et le duplicata en sa possession et à en informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute Prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des

poursuites pénales

### ARTICLE 29 : MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les Prestations n'ayant pas fait l'objet d'avance par Tiers payant et n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie envoyés par l'Assuré ainsi que les originaux des factures acquittées (lisibles et exploitables), et le cas échéant des décomptes de remboursements délivrés par tout autre organisme assureur frais de santé.

Les factures devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillés par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les Prestations garanties sont servies dans un délai moyen de huit jours ouvrés à réception des décomptes sauf cas de force majeure. Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant ou postal du Membre participant, ou, à sa demande, sur le compte courant de son Ayant droit de plus de 16 ans.

Le Membre participant est informé des prestations versées par l'envoi régulier d'un bordereau récapitulatif. Sauf demande contraire du Membre participant, ces relevés de Prestations sont dématérialisés.

\*\*\*

## LEXIQUE

**Les termes et expressions inscrits dans les présentes Conditions Générales en majuscule pour les sigles, ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :**

**100% SANTÉ** : Dispositif qui définit un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Les paniers du dispositif 100% SANTÉ ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'assurance maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

Ces paniers sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale et par les contrats responsables des organismes complémentaires d'assurance maladie, sans frais supplémentaire à la charge de l'Assuré.

Les Assurés qui choisissent les soins du panier 100% SANTÉ n'ont donc plus de frais à leur charge. Pour autant, ils ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100% SANTÉ, s'ils le souhaitent.

Le présent contrat intègre le dispositif du 100% SANTÉ.

**Adhérent** : Personne physique sur laquelle pèse le Risque ; il peut s'agir du Membre participant et/ou le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants droit.

**Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'Assuré.

**Actes Hors Nomenclature** : Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

**Affiliation** : Lien contractuel entre la Mutuelle et le Membre participant et/ou ses Ayants droit.

**Assiette des remboursements :**

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)** : Représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale (appelé également Tarif de responsabilité).
- **Honoraire limite de facturation (HLF)** : Correspond au montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien- dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné, en particulier pour certains actes prothétiques dentaires.
- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : Ce montant est égal à la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- **Prix limite de vente (PLV)** : Correspond au montant maximum de vente, fixé règlementairement et s'appliquant aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, que les professionnels de santé sont tenus de respecter.
- **Ticket modérateur (TM)** : Correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

**Ayants droit :**

- Le Conjoint du Membre participant ;

- Les enfants comme les participant o
  - o Âgés de moins de 21 ans (sans justificatif) ;
  - o Âgés de moins de 28 ans, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et qu'ils soient au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours :
    - S'ils poursuivent leurs études,
    - Ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
    - Ou sont sous contrat d'apprentissage,
    - Ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.
  - o Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire.

**Bénéficiaire** : Personne qui recevra la Prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du Risque garanti par le présent contrat.

**Bulletin d'affiliation** : Document destiné au Membre participant de nature à permettre son Affiliation à la Mutuelle et au contrat ainsi que le cas échéant, l'Affiliation de ses Ayants droit.

**Conjoint** : Conjoint du Membre participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu au versement d'une Prestation. À défaut, est assimilé au Conjoint le partenaire lié au Membre participant par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil ou le concubin sous réserve que le Membre participant et son concubin soient tous deux libres de tout engagement, que leur domicile fiscal soit identique et que le concubinage soit établi de façon notoire.

**Contrat Activa** : Désigne la consolidation technique de l'ensemble des adhésions au présent contrat. Il constitue une mutualité indivisible, homogène et indépendante au niveau des comptes techniques de la Mutuelle.

**Déclaration sociale nominative (DSN)** : Système de transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'évènements visant à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale.

**Dépassement d'honoraires** : Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

**Forfait** : Prestation dont le montant fixe est déterminé à l'avance indépendamment des frais réellement supportés par l'Assuré.

**Forfait journalier** : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien

entraînés par son hospitalisation.

**Formule** : Niveau de Garanties souscrit par le Membre participant.

**Garantie** : Engagement de la Mutuelle de verser une Prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, ses Ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

**Membre participant** : Personne physique, artisan, commerçant ou exerçant une profession libérale, médicale, paramédicale ou une profession agricole qui adhère à l'association souscriptrice du présent contrat groupe, et qui réside et exerce son activité professionnelle en France Métropolitaine et sur laquelle repose l'assurance.

**Mutuelle** : Mutuelle ENTRENOUS, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 309 244 648, dont le siège social est situé 27 allée Albert Sylvestre – Oméga polygone IV – 73000 CHAMBERY.

**Nomenclature** : Référentiel définissant les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites) ;
- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie, etc.) et pour les actes dentaires ;
- La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les actes de biologie médicale ;
- La Liste des Produits et Prestations (LPP) pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage, etc...) ;
- Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) pour les soins hospitaliers.

**Notice d'information** : Document précisant les Garanties du contrat assorties des exclusions ainsi que les obligations de l'Assuré.

**OPTAM et OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAMTS et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de garanties, la mention « OPTAM et OPTAM-CO » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « NON OPTAM et OPTAM-CO » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM- CO est consultable sur le site internet : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

**PACS** : Sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

**Parcours de soins** : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré auprès de son médecin traitant (ou son remplaçant) en première intention
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant. Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé. Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

**Plafond** : Montant maximum de Prestation dont le montant dépend des frais réellement supportés par l'Assuré.

**Plafond de la Sécurité sociale** : Montant maximum des rémunérations ou des gains à prendre en compte pour le calcul de certaines cotisations sociales, prévu aux articles L.241-3, R.242-1 et D.241-16 et suivants du Code de la sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté. Dans le cadre du contrat, il peut également correspondre au montant de référence servant de base de calcul aux cotisations et/ou au montant maximal de certaines Prestations.

**Prestation** : Exécution de la Garantie par la Mutuelle.

**Régime obligatoire (RO)** : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le membre participant et ses ayants droits, tel que le Régime Générale de la Sécurité Sociale (ex. RSI) ; le Régime des commerçants, artisans, professions libérales ; le Régime des exploitants et des salariés agricoles (AMEXA) ; le Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés...

**Risque** : Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Membre participant ou du Bénéficiaire. Dans le cadre du présent contrat, le Risque assuré est celui des frais de soins de santé.

**Sinistre** : Correspond à la réalisation du Risque.

**Souscripteur** : Entreprise ou personne morale souscriptrice du contrat auprès de la Mutuelle et désignée aux Conditions Particulières.

**Tiers payant** : Système de paiement qui évite aux Assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou par la Mutuelle pour les soins ou produits qu'ils délivrent.

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE



# MUTUELLE COMMUNALE VILLE DE GRENOBLE

Tarifs mensuels 2025

Adultes					
ÂGE	NIVEAU BAUGES	NIVEAU VERCORS	NIVEAU BELLEDONNE	NIVEAU BEAUFORTAIN	NIVEAU VANOISE
18 ans	22,29 €	28,25 €	33,84 €	44,93 €	52,42 €
19 ans	22,29 €	28,25 €	33,84 €	44,93 €	52,42 €
20 ans	22,29 €	28,25 €	33,84 €	44,93 €	52,42 €
21 ans	22,29 €	28,25 €	33,84 €	44,93 €	52,42 €
22 ans	22,29 €	28,25 €	33,84 €	44,93 €	52,42 €
23 ans	22,29 €	28,25 €	33,84 €	44,93 €	52,42 €
24 ans	22,29 €	28,25 €	33,84 €	44,93 €	52,42 €
25 ans	22,74 €	28,66 €	34,51 €	45,81 €	53,44 €
26 ans	23,18 €	30,29 €	34,52 €	47,08 €	53,44 €
27 ans	23,63 €	30,74 €	35,06 €	47,79 €	54,24 €
28 ans	24,08 €	31,19 €	35,57 €	48,50 €	55,07 €
29 ans	24,54 €	31,67 €	36,10 €	49,22 €	55,89 €
30 ans	25,01 €	32,14 €	36,65 €	49,96 €	56,71 €
31 ans	25,51 €	32,62 €	37,20 €	50,71 €	57,57 €
32 ans	26,01 €	33,12 €	37,75 €	51,47 €	58,44 €
33 ans	26,52 €	33,61 €	38,32 €	52,26 €	59,31 €
34 ans	27,04 €	34,11 €	38,89 €	53,03 €	60,20 €
35 ans	27,57 €	34,61 €	39,47 €	53,83 €	61,12 €
36 ans	28,11 €	35,14 €	40,07 €	54,62 €	62,03 €
37 ans	28,65 €	35,66 €	40,65 €	55,45 €	62,96 €
38 ans	29,20 €	36,20 €	41,28 €	56,27 €	63,91 €
39 ans	29,77 €	36,75 €	41,90 €	57,12 €	64,86 €
40 ans	30,33 €	37,29 €	42,53 €	57,97 €	65,83 €
41 ans	30,94 €	37,85 €	43,16 €	58,86 €	66,82 €
42 ans	31,55 €	38,42 €	43,82 €	59,74 €	67,83 €
43 ans	32,18 €	39,00 €	44,46 €	60,63 €	68,84 €
44 ans	32,81 €	39,77 €	45,36 €	61,85 €	70,23 €
45 ans	33,45 €	40,57 €	46,26 €	63,08 €	71,63 €
46 ans	34,11 €	41,40 €	47,20 €	64,34 €	73,06 €
47 ans	34,78 €	42,21 €	48,12 €	65,62 €	74,51 €
48 ans	35,47 €	43,05 €	49,10 €	66,95 €	75,99 €
49 ans	36,17 €	43,91 €	50,07 €	68,29 €	77,53 €
50 ans	36,88 €	44,79 €	51,08 €	69,64 €	79,08 €
51 ans	37,64 €	45,70 €	52,09 €	71,03 €	80,67 €
52 ans	38,41 €	46,62 €	53,15 €	72,47 €	82,27 €
53 ans	39,21 €	47,54 €	54,20 €	73,91 €	83,92 €
54 ans	40,01 €	48,48 €	55,30 €	75,39 €	85,59 €
55 ans	40,83 €	49,46 €	56,41 €	76,89 €	87,31 €
56 ans	41,67 €	50,45 €	57,52 €	78,43 €	89,04 €
57 ans	42,53 €	51,46 €	58,67 €	80,00 €	90,84 €
58 ans	43,40 €	52,48 €	59,84 €	81,60 €	92,65 €
59 ans	44,29 €	53,56 €	61,03 €	83,24 €	94,52 €
60 ans	45,20 €	54,60 €	62,27 €	84,90 €	96,40 €
61 ans	46,17 €	55,70 €	63,51 €	86,58 €	98,33 €
62 ans	47,15 €	56,82 €	64,78 €	88,33 €	100,29 €
63 ans	48,16 €	57,94 €	66,09 €	90,09 €	102,28 €
64 ans	49,27 €	59,11 €	67,39 €	91,90 €	104,33 €
65 ans	50,49 €	60,29 €	68,76 €	93,75 €	106,43 €
66 ans	51,80 €	61,49 €	70,11 €	95,62 €	108,55 €
67 ans	53,19 €	62,73 €	71,52 €	97,52 €	110,73 €
68 ans	54,65 €	63,98 €	72,94 €	99,47 €	112,93 €
69 ans	56,14 €	65,27 €	74,42 €	101,48 €	115,19 €
70 ans	57,67 €	66,56 €	75,89 €	103,49 €	117,52 €

71 ans	59,29 €	67,89 €	77,42 €	107,68 €	122,25 €
72 ans	60,95 €	69,25 €	78,97 €	109,83 €	124,69 €
73 ans	62,63 €	70,64 €	80,54 €	112,02 €	127,18 €
74 ans	64,33 €	72,06 €	82,15 €	114,27 €	129,74 €
75 ans	66,04 €	73,49 €	83,79 €	116,56 €	132,33 €
76 ans	67,76 €	74,96 €	85,47 €	118,87 €	134,97 €
77 ans	69,50 €	76,45 €	87,20 €	121,26 €	137,67 €
78 ans	71,24 €	77,98 €	88,94 €	123,69 €	140,44 €
79 ans	73,00 €	79,55 €	90,71 €	126,16 €	143,23 €
80 ans et +	74,76 €	81,14 €	92,52 €		

Enfants					
ÂGE	NIVEAU BAUGES	NIVEAU VERCORS	NIVEAU BELLEDONNE	NIVEAU BEAUFORTAIN	NIVEAU VANOISE
0 - 9 ans	19,25 €	23,21 €	26,46 €	35,10 €	39,02 €
10 ans	19,25 €	23,21 €	26,46 €	35,10 €	39,02 €
11 ans	19,25 €	23,21 €	26,46 €	35,10 €	39,02 €
12 ans	19,25 €	23,21 €	26,46 €	35,10 €	39,02 €
13 ans	19,25 €	23,21 €	26,46 €	35,10 €	39,02 €
14 ans	19,71 €	23,75 €	27,09 €	35,94 €	39,94 €
15 ans	19,90 €	24,11 €	27,62 €	36,66 €	40,95 €
16 ans	20,10 €	24,47 €	28,17 €	37,40 €	41,98 €
17 ans	20,30 €	24,85 €	28,73 €	38,15 €	43,03 €
18 ans	20,51 €	25,20 €	29,32 €	38,91 €	44,11 €
19 ans	20,71 €	25,59 €	29,89 €	39,67 €	45,20 €
20 ans	20,92 €	25,97 €	30,50 €	40,46 €	46,34 €
21 ans	21,13 €	26,35 €	31,10 €	41,27 €	47,48 €
22 ans	21,33 €	26,74 €	31,73 €	42,11 €	48,67 €
23 ans	21,55 €	27,14 €	32,36 €	42,95 €	49,90 €
24 ans	21,75 €	27,56 €	33,01 €	43,83 €	51,14 €
25 ans	21,77 €	27,96 €	33,67 €	44,69 €	52,14 €
26 ans	21,77 €	27,96 €	33,67 €	44,69 €	52,14 €
27 ans	21,77 €	27,96 €	33,67 €	44,69 €	52,14 €
28 ans	21,77 €	27,96 €	33,67 €	44,69 €	52,14 €

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le

ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE



## MUTUELLE COMMUNALE VILLE DE GRENOBLE - Etudiants Tarifs mensuels 2025

Adultes					
ÂGE	NIVEAU BAUGES	NIVEAU VERCORS	NIVEAU BELLEDONNE	NIVEAU BEAUFORTAIN	NIVEAU VANOISE
18 ans	15,60 €	19,78 €	23,69 €	31,45 €	36,69 €
19 ans	15,60 €	19,78 €	23,69 €	31,45 €	36,69 €
20 ans	15,60 €	19,78 €	23,69 €	31,45 €	36,69 €
21 ans	15,60 €	19,78 €	23,69 €	31,45 €	36,69 €
22 ans	15,60 €	19,78 €	23,69 €	31,45 €	36,69 €
23 ans	15,60 €	19,78 €	23,69 €	31,45 €	36,69 €
24 ans	15,60 €	19,78 €	23,69 €	31,45 €	36,69 €
25 ans	15,62 €	20,06 €	24,16 €	32,07 €	37,41 €
26 ans	15,62 €	21,20 €	24,16 €	32,96 €	37,41 €
27 ans	15,86 €	21,52 €	24,54 €	33,45 €	37,97 €
28 ans	16,11 €	21,83 €	24,90 €	33,95 €	38,55 €



**Grilles tarifaires (en €)**

**Mutuelle Communale "Travailleurs non salariés"**

*Tarifs mensuels 2025*

**ENFANT**

Âge	ASOCLR	ABASER	AAR	ABR	ACR	ADR	AER
0 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
10 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
11 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
12 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
13 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
14 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
15 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
16 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
17 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
18 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
19 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
20 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
21 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
22 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
23 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
24 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
25 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
26 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
27 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €
28 ans	15,21 €	24,88 €	26,74 €	33,71 €	36,98 €	44,41 €	68,17 €

**ADULTE**

Âge	ASOCLR	ABASER	AAR	ABR	ACR	ADR	AER
18-30 ans	19,18 €	25,02 €	26,88 €	33,90 €	37,17 €	44,65 €	68,50 €
31-40 ans	25,59 €	34,77 €	37,34 €	47,10 €	51,65 €	62,05 €	95,23 €
41-45 ans	25,59 €	39,26 €	42,21 €	53,26 €	58,37 €	70,12 €	107,60 €
46-50 ans	33,90 €	43,73 €	47,00 €	59,28 €	65,00 €	78,09 €	119,80 €
51-55 ans	38,88 €	50,13 €	53,86 €	67,96 €	74,51 €	89,51 €	133,50 €
56-60 ans	44,15 €	56,94 €	61,19 €	77,17 €	84,60 €	101,66 €	147,60 €
61-65 ans	54,12 €	70,69 €	76,00 €	95,87 €	105,06 €	126,26 €	168,22 €
66-70 ans	59,91 €	76,48 €	82,10 €	103,12 €	112,61 €	134,92 €	180,64 €
71-79 ans	66,32 €	82,73 €	88,68 €	110,97 €	120,70 €	144,18 €	193,95 €
80 ans et +	73,40 €	89,48 €	95,81 €	119,37 €	129,37 €	154,06 €	208,27 €

**FAMILLE**

Âge	ASOCLR	ABASER	AAR	ABR	ACR	ADR	AER
18-30 ans	38,31 €	50,01 €	53,76 €	67,79 €	74,32 €	89,32 €	137,03 €
31-40 ans	67,87 €	92,10 €	98,98 €	124,88 €	136,89 €	164,45 €	250,74 €
41-45 ans	67,87 €	104,07 €	111,87 €	141,09 €	154,67 €	185,85 €	283,32 €
46-50 ans	89,86 €	115,89 €	124,55 €	157,09 €	172,21 €	206,94 €	315,46 €
51-55 ans	94,69 €	122,11 €	131,28 €	165,57 €	181,50 €	218,07 €	333,74 €

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le



ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE

<b>56-60 ans</b>	107,55 €	138,72 €	149,10 €	188,05 €	206,11 €		
<b>61-65 ans</b>	106,40 €	138,96 €	149,35 €	188,40 €	206,52 €	248,14 €	353,25 €
<b>66-70 ans</b>	117,78 €	150,30 €	161,34 €	202,66 €	221,35 €	265,15 €	379,33 €
<b>71-79 ans</b>	132,65 €	165,45 €	177,37 €	221,91 €	241,40 €	288,35 €	387,91 €
<b>80 ans et +</b>	146,83 €	178,98 €	191,63 €	238,74 €	258,73 €	308,10 €	416,54 €

# MUTUELLE COMMUNALE - VILLE DE GRENOBLE

Les prestations ci-dessous comprennent le Ticket Modérateur y compris le remboursement de l'AMO

SOINS COURANTS	Bauges	Vercors	Belledonne	Beaufortain	Vanoise
<b>Honoraires médicaux :</b>					
- Médecins généralistes adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
- Médecins généralistes non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR
- Médecins spécialistes adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
- Médecins spécialistes non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR
- Consultation d'un psychologue prise en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100% BR	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR
<b>Honoraires paramédicaux :</b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Masseurs-kinésithérapeutes, Infirmiers, Orthophonistes, Orthoptistes	100% BR	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR
- Transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Médicaments, traitements pharmaceutiques, vaccins, tests et autotests pris en charge par l'AMO</b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Matériel médical :</b>					
- Petit et grand appareillage	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR
PREVENTION, BIEN ETRE ET PRESTATIONS ADDITIONNELLES	Bauges	Vercors	Belledonne	Beaufortain	Vanoise
<b>Actes de prévention définis par la liste prévue à l'article L 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale</b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Praticiens reconnus par les annuaires professionnels :</b> Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, microkinésiste, pédicure, podologue, diététicien, naturopathe, psychomotricien, kinésologue, réflexologue, sophrologue.					
- Médicaments homéopathiques					
- Contraception non prise en charge par l'AMO					
- Amniocentèse - Fécondation In vitro non prise en charge par l'AMO					
- Traitements érectiles non pris en charge par l'AMO					
- Traitements contre les effets de la ménopause non pris en charge par l'AMO					
		Plafond de 100€ / an / bénéficiaire	Plafond de 150€ / an / bénéficiaire	Plafond de 200€ / an / bénéficiaire	Plafond de 250€ / an / bénéficiaire

<b>Autres dépenses non prises en charge par l'AMO :</b>					
- Vaccins, tests et autotests,	-	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire
- Sevrage tabagique	-				
- Blanchiment des dents	-				
- Dépassements sur prothèses mammaires et capillaires,	-				
<b>Cure thermale</b>					
- Honoraires, traitements, hébergement pris en charge par l'AMO	100% BR				
- Forfait Cure thermale par période de 24 mois	-	-	150 €	250 €	300 €
<b>Adhésion à un centre sportif</b>					
	-	15€ / an / bénéficiaire	20€ / an / bénéficiaire	25€ / an / bénéficiaire	30€ / an / bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b>					
	Bauges	Vercors	Belledonne	Beaufortain	Vanoise
Frais de séjour	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements exclus par la réglementation en vigueur)	Frais réels				
Honoraires praticiens - Adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Honoraires praticiens - Non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR
Forfait pour les actes supérieurs ou égaux à 120€	Frais réels				
Forfait patient urgences	Frais réels				
Chambre particulière : Hôpitaux, cliniques, autres établissements (sauf gériatrie)(*)	30€ p/jour	40€ / jour	45€ / jour	60€ / jour	65€ / jour
Frais d'accompagnant : enfants de moins de 16 ans ou adulte de plus de 70 ans	15€ /jour Dans la limite de 15 jours par an, par bénéficiaire	15€ /jour Dans la limite de 15 jours par an, par bénéficiaire	25€ /jour Dans la limite de 15 jours par an, par bénéficiaire	25€ /jour Dans la limite de 15 jours par an, par bénéficiaire	30€ /jour Dans la limite de 15 jours par an, par bénéficiaire
Transport hospitalier	100% BR				
<b>OPTIQUE <sup>(1)</sup></b>					
	Bauges	Vercors	Belledonne	Beaufortain	Vanoise
<b>Equipements 100% santé * (Montures et verres de classe A) :</b>					
- Monture relevant du dispositif 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente
- Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100% santé					
- Suppléments et prestations optiques (Adaptation, appairage, verres avec filtres)					
- Autres suppléments optiques (Prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)					
	100% BR				
<i>* Tels que définis règlementairement</i>					
<b>Equipements à tarifs libres (Montures et verres de classe B) :</b>					
- Monture	42 €	62 €	82 €	100 €	100 €
- Verre simple <sup>(2)</sup>	31 €	41 €	52 €	72 €	83 €
- Verre complexe <sup>(2)</sup>	80 €	80 €	80 €	114 €	135 €

- Verre très complexe <sup>(2)</sup>	100 €	100 €	100 €		
- Suppléments et prestations optiques (Adaptation, verres avec filtres)	100% BR				
- Autres suppléments optiques (Prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR				
<b>Lentilles acceptées, refusées, jetables</b>	AMO + 50€	AMO + 100 €	AMO + 100 €	AMO + 150 €	AMO + 200 €
<b>Opération du champ de la vision non prise en charge par l'AMO - Forfait annuel pour les 2 yeux</b>	-	-	200 €	400 €	500 €
<b>DENTAIRE <sup>(3)</sup></b>	<b>Bauges</b>	<b>Vercors</b>	<b>Belledonne</b>	<b>Beaufortain</b>	<b>Vanoise</b>
<b>Soins et prothèses dentaires 100% santé * :</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation</b>
- Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé					
<i>* Tels que définis règlementairement</i>					
<b>Soins et prothèses dentaires panier à tarifs maîtrisés*</b>	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
<i>* Tels que définis règlementairement et dans la limite des HLF par le professionnel de santé</i>					
<b>Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO panier à tarifs libres</b>	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Soins dentaires, endodontie & détartrage annuel	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthodontie acceptée	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthodontie refusée / semestre	-	150 €	200 €	250 €	300 €
Parodontologie prise en charge par l'AMO	125% BR	150%	200% BR	250% BR	300% BR
Implantologie non prise en charge par l'AMO - limité à 3 implants/an/bénéficiaire (hors actes NPC)	-	150€ / implant	200€ / implant	250€ / implant	300€ / implant
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(4)</sup></b>	<b>Bauges</b>	<b>Vercors</b>	<b>Belledonne</b>	<b>Beaufortain</b>	<b>Vanoise</b>
<b>Equipements 100% santé * (Equipements de classe I) :</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente</b>	<b>Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente</b>
- Aide auditive relevant du dispositif 100% santé					
<i>* Tels que définis règlementairement</i>					
<b>Equipements à tarifs libres (Equipements de classe II) :</b>					
- Aide auditive prise en charge par l'AMO - par appareil	100% BR	100% BR	100% BR	AMO + 200€	AMO + 250€
<b>Réparations et accessoires pris en charge par l'AMO</b>	100% BR				
<b>PRIME <sup>(5)</sup></b>	<b>Bauges</b>	<b>Vercors</b>	<b>Belledonne</b>	<b>Beaufortain</b>	<b>Vanoise</b>
Prime de naissance, adoption	-	200 € / enfant	250 € / enfant	300 € / enfant	400 € / enfant

**INCLUS : ASSISTANCE À DOMICILE ET TELECONSULTATION MEDICALE 24H/24 7J/7**

**LEXIQUE** : BR : Base de remboursement Sécurité Sociale - AMO : Assurance Maladie Obligatoire - DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée - Chirurgie Obstétrique -

PLV : Prix limite de vente - HLF : Honoraires limites de facturation

**Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'Assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues en cas de changement de ces textes.**

(\* ) Les frais supplémentaires correspondants à des services associés à la chambre particulière (TV, peignoir, journaux, etc.) ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette prestation.

(1) - Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. La prise en charge de deux équipements est autorisée (dans le cas d'une intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux-les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément). La prise en charge des verres progressifs et/ou teintés est ouverte uniquement sur prescription médicale et dans la limite des montants mentionnés dans le poste optique.  
- Il est possible de choisir un équipement composé d'une monture de classe A avec des verres de classe B ou inversement. Dans ce cas, le plafond applicable est celui d'un équipement de classe B. Le panachage des verres (A/B) n'est pas autorisé.

(2) Les catégories de verres sont fonction du niveau de correction de la vue et de la complexité du verre. Nous vous invitons à vous reporter à la table de correspondance figurant en annexe du règlement mutualiste pour connaître la catégorie à laquelle le verre appartient.

(3) Prestations énoncées selon la nouvelle nomenclature dentaire (CCAM Dentaire).

(4) Limité à la prise en charge d'une aide auditive, par oreille, par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition - Remboursement maximum de 1 700 € par appareil pour les équipements de classe II à compter du 1er janvier 2021.

(5) Prestation garantie par la Mutuelle Générale de Prévoyance n° 337 682 660 - Sous réserve de l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivants sa naissance ou son adoption.

**MUTUELLE ENTRENOUS**

Soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - N° 309 244 648

Siège social : 27 allée Albert Sylvestre, immeuble Oméga - 73000 Chambéry



OPTIQUE <sup>(2)</sup>							
<b>Equipements 100% santé * (Montures et verres de classe A) :</b>							
- Monture relevant du dispositif 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente
- Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100% santé							
- Suppléments et prestations optiques (Adaptation, appairage, verres avec filtres)							
- Autres suppléments optiques (Prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)							
<i>* Tels que définis réglementairement</i>							
<b>Equipements à tarifs libres (Montures et verres de classe B) :</b>							
- Monture	100% BR	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple	50 €	45 €	45 €	70 €	90 €	110 €	160 €
- Verre complexe	100 €	100 €	100 €	120 €	160 €	200 €	260 €
- Verre très complexe	100 €	100 €	100 €	120 €	160 €	200 €	290 €
- Forfait remplacement monture adulte	Entre le 13ème et le 23ème mois suivant la date d'acquisition <sup>(3)</sup>	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	-
- Forfait remplacement verre adulte		40 €	40 €	60 €	80 €	100 €	-
- Suppléments et prestations optiques (Adaptation, verres avec filtres)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Autres suppléments optiques (Prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Lentilles prises en charge par l'AMO</b>	100% BR	Frais réels					
<b>Lentilles non prises en charge par l'AMO (y compris jetables) - Crédit annuel</b>	-	200 €	200 €	245 €	290 €	330 €	90% Frais réels
<b>Opération du champ de la vision non prise en charge par l'AMO - Forfait annuel par œil opéré</b>	-	220 €	220 €	265 €	290 €	350 €	750 €

AIDES AUDITIVES <sup>(4)</sup>							
<b>Equipements 100% santé * (Equipements de classe I) :</b>							
- Aide auditive relevant du dispositif 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente
<i>* Tels que définis réglementairement</i>							
<b>Equipements à tarifs libres (Equipements de classe II) :</b>							
- Aide auditive prise en charge par l'AMO - par appareil	100% BR	100% BR + 275€	100% BR + 500€				
- Aide auditive non prise en charge par l'AMO - par appareil	-	275 €	275 €	275 €	275 €	275 €	500 €
<b>Réparations et accessoires pris en charge par l'AMO</b>	100% BR						

PRÉVENTION							
<b>Actes de prévention définis par la liste prévue à l'article L 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale</b>	100% BR						

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES							
<b>Forfait "Bien Être" :</b>							
<b>Consultations non prises en charge par l'AMO (Praticiens reconnus par les annuaires professionnels) :</b> Ostéopathe, étiothérapie, chiropracteur, acupuncteur, pédicure, podologue, diététicien, psychomotricien,	-	175€ p/an et p/bénéficiaire (Max 25€ p/séance ou demande)	175€ p/an et p/bénéficiaire (Max 25€ p/séance ou demande)	175€ p/an et p/bénéficiaire (Max 25€ p/séance ou demande)	175€ p/an et p/bénéficiaire (Max 25€ p/séance ou demande)	175€ p/an et p/bénéficiaire (Max 25€ p/séance ou demande)	300€ p/an et p/bénéficiaire (Max 50€ p/séance ou demande)
<b>Forfait "HospizZen" (Actes prescrits médicalement et non pris en charge par l'AMO)</b>							
Péridurale - Amniocentèse - Fécondation in vitro	-	175€ /an /bénéficiaire	500€ /an /bénéficiaire				
<b>Prime de naissance / adoption <sup>(5)</sup></b>	-	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	500 €
<b>Cure Thermale</b>							
<b>Honoraires, traitements, hébergement et déplacement pris en charge par l'AMO</b>	-	100% BR					
<b>Forfait déplacement - par an et par bénéficiaire (lieu de cure à + de 50km du domicile)</b>	-	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €



Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le



ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_5-DE

**LEXIQUE** : BR : Base de remboursement Sécurité Sociale - AMO : Assurance Maladie Obligatoire - DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique - PLV : Prix limite de vente - HLF : Honoraires limites de facturation

**Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'Assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues en cas de changement de ces textes.**

(1) Prestations énoncées selon la nouvelle nomenclature dentaire (CCAM Dentaire).

(2) - Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. La prise en charge de deux équipements est autorisée (dans le cas d'une intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux-les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément). La prise en charge des verres progressifs et/ou teintés est ouverte uniquement sur prescription médicale et dans la limite des montants mentionnés dans le poste optique.

(3) Hors changement de correction et dans le respect des plafonds de remboursement en optique dans le cadre des contrats responsables.

(4) Limité à la prise en charge d'un équipement (2 appareils) par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition - Remboursement maximum de 1 700€ par appareil pour les équipements de classe II .

(5) Prestation garantie par la Mutuelle Générale de Prévoyance n° 337 682 660 - Sous réserve de l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivants sa naissance ou son adoption.

#### MUTUELLE ENTRENOUS

Soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - N° 309 244 648

Siège social : 27 allée Albert Sylvestre, immeuble Oméga - 73000 Chambéry

Centre de gestion : 15 Chemin de la Dhuy - 38240 Meylan

**ANNEXE 1**  
**Exercice budgétaire 2025 – Tableau récapitulatif – Contributions volontaires en nature.**

Domaines artistiques et culturels	Opérateurs	Détail de l'aide	Montant subv DAC et CVN 2024	Sub DAC exceptionnelle 2024	Appel à projet 2024	Subvention DAC et Contribution volontaire en nature (CVN) déjà accordée pour 2025	Montants subvention DAC et CVN pour 2025
MUSIQUES	CENTRE INTER NATIONAL DES MUSIQUES NOMADES	Campagne d'affichage du 3 au 9 mars 2025 pour le festival « Les Détours de Babel ». Campagne diffusée à travers les mobiliers urbains Totems et Vox.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- subvention : 298 716 €</li> <li>- locaux : 44 955 €</li> <li>- gratuite fluides : 41283 €</li> <li>- mad ancien musée de peinture : 4 500 €</li> <li>- frais de communication : 336,39 €</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subvention : 298 716 € (CM 16/12/2024)</li> <li>- locaux : 76 039 €</li> </ul>	Frais de communication : 336,39 € TTC
ARTS VISUELS	CINÉMATHÈQUE DE GRENOBLE	Campagne d'affichage du 20 au 26 janvier 2025 pour le festival du film court en plain air. Campagne diffusée à travers les mobiliers urbains Totems et Vox.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- subvention : 104 500 €</li> <li>- locaux : 35 966 €</li> <li>- gratuité fluides : 9 976 €</li> <li>- mad matériel pavoisement : 3 464,02 €</li> <li>- frais de communication : 336,39 €</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subvention : 110 000 € (CM 16/12/2024)</li> <li>- locaux : 47 855,09 €</li> </ul>	Frais de communication : 336,39 € TTC

Envoyé en préfecture le 06/02/2025

Reçu en préfecture le 06/02/2025

Publié le



ID : 038-213801855-20250203-D20250203\_19-DE

Domaines artistiques et culturels	Opérateurs	Détail de l'aide	Montant subv DAC et CVN 2024	Sub DAC exceptionnelle 2024	Appel à projet 2024	Subv Contribution volontaire en naturelle (CVN) déjà accordée pour 2025	Montants subvention DAC et CVN pour 2025
THÉÂTRE	CENTRE DES ARTS DU RÉCIT EN ISÈRE	Campagne d'affichage du 5 au 11 mai pour le festival « Les Arts du récit » qui se déroulera du 14 au 23 mai 2025. Campagne diffusée à travers les mobiliers urbains Totems et Vox	- Subvention : 55 000 €  - Cvn frais de communicaton : 336,39 €				Frais de communication : 336,39 € TTC
MUSIQUES	THE DARE NIGHT	Campagne d'affichage du 3 au 9 mars 2025 pour le festival « Ultravirage ». Campagne diffusée à travers les mobiliers urbains Totems et Vox	Subvention : 6 500 €  - Mad matériel pavoisement et décoration : 1 579,31 €			Subvention : 6 000 € (CM 16/12/2024)	Frais de communication : 336,39 € TTC

**TABLEAU RÉCAPITULATIF  
AFFECTATIONS DES SUBVENTIONS 2025**

AVENANTS FINANCIERS AUX CONVENTIONS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS								
N° et type Annexe	Nom de l'Association	Référence de la convention		Total des subventions votées 2024	Objet de la subvention proposée	Subventions 2025		
		Date d'effet convention	Validité convention			déjà votée	Avantage en nature	proposée
2 avenant financier	A.J.A. Villeneuve	25 janv. 24	31 déc. 26	23 948 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	9 403 €	17 400 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	ASPTT Grenoble Athlétisme	18 janv. 24	31 déc. 26	26 707 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	0 €	11 700 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Association LA BAJA	6 févr. 23	31 déc. 27	10 500 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	0 €	4 200 €
délibération n° 30607 du 12 décembre 2022								
2 avenant financier	Association Grenoble Baseball Softball Grizzlys	25 janv. 24	31 déc. 26	10 000 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	1 200 €	4 400 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Aviron Grenoblois	15 janv. 24	31 déc. 26	68 720 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	0 €	38 500 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Boxing Club Multisports Villeneuve	24 oct. 24	31 déc. 26	46 936 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	1 039 €	4 900 €
délibération n° 36452 du 30 septembre 2024								
2 avenant financier	Club d'Escrime Parmentier	25 janv. 24	31 déc. 26	24 361 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	1 422 €	9 400 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Football Club Allobroges ASAFIA	23 janv. 24	31 déc. 26	26 520 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	9 454 €	15 600 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Grenoble Alp'38	16 janv. 24	31 déc. 26	34 907 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	0 €	30 400 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Grenoble Basket 38 (GB38)	22 janv. 24	31 déc. 26	58 534 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	1 240 €	23 900 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Grenoble Gymnastique	22 janv. 24	31 déc. 26	36 946 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	1 448 €	27 000 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Grenoble Isère Métropole Patinage (GIMP)	30 janv. 24	31 déc. 26	103 823 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	0 €	7 100 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Grenoble S.M.H Métropole 38 Handball	15 janv. 24	31 déc. 26	78 738 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	0 €	33 400 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Grenoble Volley Université Club (G.V.U.C.)	15 janv. 24	31 déc. 26	153 503 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	7 334 €	75 800 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	GUC Athlétisme	18 janv. 24	31 déc. 26	34 438 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	7 554 €	22 300 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	GUC Judo Club de Grenoble	16 janv. 24	31 déc. 26	43 914 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	5 487 €	33 600 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Les Centaures Football Américain	16 janv. 24	31 déc. 26	14 454 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	3 290 €	8 200 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Mistral Football Club	29 janv. 24	31 déc. 26	47 736 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	9 987 €	10 300 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Trampoline Club du Dauphiné	30 janv. 24	31 déc. 26	29 991 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	959 €	8 300 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	U.S. Abbaye Grenoble Football	16 janv. 24	31 déc. 26	12 828 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	6 050 €	6 600 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023		Aide complémentaire aux charges de fonctionnement						
2 avenant financier	U.S.V.O. Football - Unité Sportive Village Olympique	13 janv. 24	31 déc. 26	12 584 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	5 940 €	9 200 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
2 avenant financier	Yeti's Grenoble Roller Hockey	18 janv. 24	31 déc. 26	14 165 €	Fonctionnement 2025 - volet "critères techniques et mesurables"	0 €	3 460 €	4 200 €
délibération n° 33699 du 18 décembre 2023								
<b>Total</b>								<b>406 869,30 €</b>

**TABLEAU RECAPITULATIF DES SUBVENTIONS AUX COOPERATIVES SCOLAIRES  
AU CONSEIL MUNICIPAL DU 03 FEVRIER 2025**

**SUBVENTIONS ANNUELLES DE SOUTIEN AUX PROJETS PEDAGOGIQUES DES  
COOPERATIVES SCOLAIRES DES ECOLES ELEMENTAIRES PUBLIQUES POUR  
L'ANNEE 2025**

ECOLES ELEMENTAIRES	MONTANTS DES SUBVENTIONS
ALPHONSE DAUDET	3 511 €
AMPÈRE	3 480 €
ANATOLE FRANCE	3 748 €
ANTHOARD	3 997 €
BAJATIÈRE	2 336 €
BEAUVERT	4 027 €
BIZANET	2 897 €
BUTTES	2 482 €
CHRISTOPHE TURC	4 738 €
CLÉMENCEAU	3 467 €
DIDEROT	2 057 €
ELISEE CHATIN	3 706 €
FERDINAND BUISSON	3 433 €
FONTAINE	3 026 €
GENETS	3 573 €
GRAND CHÂTELET	3 648 €
COHN	2 383 €
HOUILLE BLANCHE	4 175 €
JARDIN VILLE	1 872 €
JEAN JAURES	3 514 €
JEAN RACINE	4 328 €
JOSEPH VALLIER	2 987 €
JULES FERRY	3 914 €
LAC	3 316 €
LEON JOUHAUX	4 288 €
LIBÉRATION	2 950 €
LUCIE AUBRAC	4 221 €
MALHERBE	4 689 €
MENON	3 819 €
NICOLAS CHORIER	2 635 €
PAUL BERT	3 092 €
PAUL PAINLEVÉ	3 427 €
PORTE ST LAURENT	1 827 €
SIDI BRAHIM	3 017 €
SIMONE LAGRANGE	3 792 €
TREMBLES	3 028 €
VERDERET	3 918 €
<b>TOTAL</b>	<b>125 318 €</b>

**SUBVENTIONS ANNUELLES DE SOUTIEN AUX PROJETS PEDAGOGIQUES  
DES COOPERATIVES SCOLAIRES DES ECOLES MATERNELLES  
PUBLIQUES POUR L'ANNEE 2025**

ECOLES MATERNELLES	MONTANTS DES SUBVENTIONS
ALPHONSE DAUDET	2 772 €
AMPÈRE	1 604 €
ANATOLE FRANCE	2 854 €
BAJATIÈRE	1 513 €
BEAUVERT	3 171 €
BERRIAT	2 164 €
BIZANET	2 063 €
BUFFON	1 495 €
BUTTES	2 154 €
COLONEL DRIANT	2 301 €
CORNÉLIE GÉMOND	1 626 €
DIDEROT	1 601 €
ÉLISÉE CHATIN	2 393 €
FERDINAND BUISSON	2 116 €
FLORENCE ARTHAUD	1 795 €
FONTAINE	2 365 €
FRENES	2 474 €
GRAND CHATELET	2 830 €
HOUILLE BLANCHE	1 874 €
JARDIN DE VILLE	1 256 €
JEAN JAURES	1 890 €
JEAN RACINE	3 380 €
JOSEPH VALLIER	1 845 €
JULES FERRY	2 627 €
JULES VERNE / MILLET	2 192 €
LAC	2 693 €
LÉON JOUHAUX	3 350 €
LIBÉRATION	2 237 €
MALHERBE/G. PHILIPPE	3 695 €
MARCEAU	2 300 €
MARIE REYNOARD	3 191 €
NICOLAS CHORIER	1 741 €
PAUL BERT	2 229 €
PAUL PAINLEVÉ / SAVANE	2 013 €
PORTE ST LAURENT	1 544 €
RAMPE	2 726 €
SIDI BRAHIM	2 082 €
SIMONE LAGRANGE	2 681 €
VERDERET	2 710 €
<b>TOTAL</b>	<b>89 547 €</b>

**TOTAL SUBVENTIONS ANNUELLES AUX COOPERATIVES SCOLAIRES ECOLES PUBLIQUES**

**214 865 €**

**Conseil Municipal du 03 février 2025**  
**Annexe n°1 à la délibération n° 27-38196**

**TABLEAU DES SUBVENTIONS DES ASSOCIATIONS SOCIOCULTURELLES ET AUTRES ASSOCIATIONS  
 POUR LE CONSEIL MUNICIPAL DU 03 FEVRIER 2025**

NOMS ASSOCIATIONS	MONTANTS PROPOSES	Titre action	NATURE SUBVENTION (F/P)	Avantage en nature 2024 (Estimation)	Montant des subventions attribuées en 2024	Avantage en nature en 2023
<b>Associations socioculturelles</b>						
<b>SECTEUR 2</b>						
<b>MPT Saint Laurent</b>	5 752,50 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	44 026,50 €	248 908,88 €	44 026,50 €
<b>Total</b>	5 752,50 €					
<b>MJC Allobroges</b>	9 209,10 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	193 526,84 €	358 005,14 €	193 526,84 €
<b>Total</b>	9 209,10 €					
<b>SECTEUR 3</b>						
<b>MJC Eaux Claires</b>	5 793,24 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	108 949,46 €	299 238,04 €	108 949,46 €
<b>Total</b>	5 793,24 €					
<b>SECTEUR 4</b>						
<b>MJC Lucie Aubrac</b>	4 883,06 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	162 910,51 €	516 074,26 €	162 910,51 €
<b>Total</b>	4 883,06 €					

<b>SECTEUR 5</b>						
<b>Maison de l'enfance Teisseire Malherbe</b>	4 737,46 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	70 298,58 €	321 644,09 €	70 298,58 €
<b>Total</b>	<b>4 737,46 €</b>					
<b>SECTEUR 6</b>						
<b>Maison de l'enfance Prémol</b>	2 448,68 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	55 996,38 €	261 097,56 €	55 996,38 €
	30 000,00 €	Aide exceptionnelle de reprise activité	Fonctionnement			
<b>Total</b>	<b>32 448,68 €</b>					
<b>Total Associations socioculturelles</b>	<b>62 824,04 €</b>					
<b>Associations jeunesse</b>						
<b>ADAJE FESTIVAL JEUX ESPRIT</b>	9 354,02 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	30 983,94 €	22 691,60 €	30 983,94 €
<b>TEAM LES GALAPIATS</b>	6 279,92 €	Aide complémentaire aux charges de fonctionnement	Fonctionnement	77 907,26 €	24 131,33 €	77 907,26 €
<b>INFO JEUNES 38</b>	67 400,00 €	Fonctionnement associatif	Fonctionnement	0,00 €	67 400,00 €	0,00 €
<b>BIG BANG BALLERS</b>	10 000,00 €	Fonctionnement associatif	Fonctionnement	0,00 €	51 000,00 €	0,00 €
<b>Total associations jeunesse</b>	<b>93 033,94 €</b>					
<b>Autres association Education</b>						
<b>ACADI (Association Camayenne de l'Isère)</b>	2 100,00 €	Accompagnement scolaire des enfants en difficultés	Projet	0,00 €	2 000,00 €	0,00 €
<b>Total associations ressources</b>	<b>2 100,00 €</b>					
<b>Total subventions</b>	<b>157 957,98 €</b>					

**TRANSFORMATIONS DE POSTES**

Direction Générale	Direction	Service	Poste à supprimer	Poste à créer
Ville Solidaire	Développement social et territorial	Territoire – Secteur 1	Ingénieur	Attaché
Ville Solidaire	Développement social et territorial	Territoire – Secteur 3 – MDH Anatole France	Adjoint technique	Adjoint d’animation
Ville Résiliente	Alimentation, nature, cadre de vie et condition animale	Circulation Réseaux Lumière	Agent de maîtrise	Technicien

**CREATIONS DE POSTES**

Direction Générale	Direction	Service	Poste à créer	Quotité du poste
Ville Résiliente	Alimentation, nature, cadre de vie et condition animale	Circulation Réseaux Lumière	6 Adjoints techniques	100%
Ville Résiliente	Alimentation, nature, cadre de vie et condition animale	Circulation Réseaux Lumière	2 Agents de maîtrise	100%
Ville Résiliente	Alimentation, nature, cadre de vie et condition animale	Circulation Réseaux Lumière	Adjoint administratif	100%
Ville Résiliente	Alimentation, nature, cadre de vie et condition animale	Circulation Réseaux Lumière	Technicien	100%
Ville Résiliente	Alimentation, nature, cadre de vie et condition animale	Nature en Ville	Ingénieur	100%

SEANCE DU 3 FÉVRIER 2025

**61-(37565). ACTION SOCIALE: Avenants financiers entre la Ville de Grenoble et les associations La Pirogue, La Baja, l'Association du Centre Social Chorier Berriat, la Maison des Jeunes (MJC) Parmentier, L'Accorderie, La Maison des Jeunes (MJC) Abbaye, la Maison de l'enfance Teisseire et l'Age d'or**

**Monsieur Nicolas KADA expose,**

Mesdames, Messieurs,

La Ville de Grenoble propose de soutenir, par des subventions, les actions identifiées dans le tableau ci-après. Ces actions répondent à des objectifs de vie de quartier et d'animation territoriale.

Des conventions d'objectifs et de moyens étant déjà signées avec les associations concernées, il y a lieu de formaliser le soutien complémentaire de la Ville par des avenants financiers.

Au titre du Droit Commun :

<b>Association</b>	<b>Libellé de la subvention</b>	<b>Montant</b>
La Pirogue	Dispositif personnes âgées 2025	<b>7 000,00 €</b>
Association Centre Social Chorier Berriat	Accueil mutualisé 2025	<b>12 500,00 €</b>
AUESC BAJATIERE	Aide au fonctionnement 2025	<b>80 000,00 €</b>
MJC PARMENTIER	EVS'Presqu'île 2025	<b>23 000,00 €</b>
MJC PARMENTIER	Jeudi Marliave 2025	<b>4 000,00 €</b>
MJC ABBAYE	ASL 2025	<b>14 000,00 €</b>
MJC ABBAYE	Bien vivre à l'abbaye 2025	<b>2 200,00 €</b>
ME TEISSEIRE	Animation 2025	<b>2 200,00 €</b>
L'ACCORDERIE	Aide au fonctionnement 2025	<b>10 000,00 €</b>

L AGE D OR

Aide au fonctionnement 2025

**37 500,00 €**

Ce dossier a été examiné par la :  
Commission Solidarités du lundi 20 janvier 2025

**Après en avoir délibéré, le conseil municipal décide :**

**- d'approuver les termes des avenants financiers aux conventions d'objectifs et de moyens entre la Ville de Grenoble et les associations La Pirogue, La Baja, l'Association du Centre Social Chorier Berriat, la Maison des Jeunes (MJC) Parmentier, L'Accorderie, La Maison des Jeunes (MJC) Abbaye, la Maison de l'enfance Teisseire et l'Age d'or ;**

**- d'autoriser Monsieur le Maire ou son-sa représentant-e à signer lesdits avenants financiers.**

Conclusions adoptées :  
Adoptée

Pour extrait conforme,  
Pour le Maire,  
L'Adjoint Délégué,  
M. Nicolas KADA

Publiée le : 6 février 2025

<b>FOIRE DES RAMEAUX 2025 TARIFS DROITS DE PLACE DES METIERS</b>	<b>TARIFS 2025</b>
<b>TARIFS DES DROITS DE PLACE POUR 23 JOURS D'EXPLOITATION SOIT DU 12 AVRIL AU 4 MAI 2025</b>	
<p>Pour les métiers ayant plus de 10 places assises, et pour l' ensemble des stands jusqu'à 210 m2</p> <p>Pour les métiers n'excédant pas 10 places assises, y compris les autos tamponnantes et Grand Huit, trains fantômes, le tarif est à tranche dégressive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1ère tranche : de 0 à 50 m<sup>2</sup></li> <li>● 2ème tranche : de 50 à 120 m<sup>2</sup></li> <li>● 3ème tranche : au dessus de 120m<sup>2</sup></li> </ul> <p>Pour les gros métiers ayant plus de 210 m<sup>2</sup>, le tarif est à tranche dégressive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1ère tranche : de 0 à 120 m<sup>2</sup></li> <li>● 2ème tranche : de 120 à 500 m<sup>2</sup></li> <li>● 3ème tranche : au dessus de 500m<sup>2</sup></li> </ul>	<p style="text-align: right;">12,35 €/m<sup>2</sup></p> <p style="text-align: right;">12,35 €/m<sup>2</sup></p> <p style="text-align: right;">7,94 €/m<sup>2</sup></p> <p style="text-align: right;">4,99 €/m<sup>2</sup></p> <p style="text-align: right;">12,35 €/m<sup>2</sup></p> <p style="text-align: right;">7,94 €/m<sup>2</sup></p> <p style="text-align: right;">4,99 €/m<sup>2</sup></p>
<b>DROITS DE PLACES DES HABITATIONS : CARAVANES, CAMPINGS (et toutes autres formes d'hébergement d'habitation des forains)</b>	
<p>Les tarifications s'élèveront comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1ère caravane</li> <li>● 2ème caravane</li> <li>● 3ème caravane</li> <li>● au-delà, toute caravane supplémentaire</li> <li>● toute caravane non déclarée</li> <li>● pour tout forain ne disposant pas de caravane sur le site, forfait de participation aux frais liés à la gestion des déchets et à la sécurité</li> </ul>	<p style="text-align: right;">306,00 €</p> <p style="text-align: right;">204,00 €</p> <p style="text-align: right;">153,00 €</p> <p style="text-align: right;">122,40 €</p> <p style="text-align: right;">918,00 €</p> <p style="text-align: right;">204,00 €</p>
<b>APPAREILS AUTOMATIQUES ET DISTRIBUTEURS DE BOISSONS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● appareils automatiques (sauf coups de poing, interdits sur la foire des rameaux)</li> <li>● distributeurs de boissons</li> </ul>	<p style="text-align: right;">153,00 €</p> <p style="text-align: right;">204,00 €</p>
<b>LOCATION DE CONTAINERS ET COLLECTE DECHETS (obligatoire pour la gestion des déchets des métiers de bouche)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● location de containers et collecte déchets (par container)</li> </ul>	<p style="text-align: right;">81,60 €</p>
<b>LOCATION TOILETTES POUR OUVRIERS - FAMILLES DES FORAINS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● (participation financière obligatoire pour les forains titulaires et de passage qui ne mettent pas à disposition de leurs ouvriers et familles des toilettes dans les caravanes et campings</li> </ul>	<p style="text-align: right;">61,20 €</p>

# **AMENDEMENT PRESENTE**

CONSEIL MUNICIPAL DU LUNDI 3 février 2025

**Amendement à la délibération n°7-(37632)**

**DENOMINATIONS** : Dénominations de voies, espaces et équipements publics

Monsieur Emmanuel CARROZ expose,

Il convient :

**- De modifier dans le corps de la délibération les paragraphes suivants (les éléments en gras):**

« Enfin, par délibération du 26 juin 2023, la Ville de Grenoble a défini sa stratégie de coopération internationale. Les noms de villes coopératrices sont proposés pour dénommer deux **places** actuellement sans nom et faisant l'objet de travaux de requalification. »

**Remplacement de « places » par « espaces »**

« Il est proposé de dénommer **la place** nouvellement aménagée depuis la piscine des Dauphins, **jusqu'à la rue Maurice Dodero**, le long de l'Avenue de l'Europe, **place Chisinau**.

Les plaques de l'allée porteront l'inscription « **Place** Chisinau, ville coopératrice de la Moldavie ».

**Remplacement de « place » par « Allée » et ajout de la mention « jusqu'à la rue Maurice Dodero »**

**- De remplacer dans le dispositif de vote « place » par « Allée » comme suit :**

– d'approuver la dénomination de **l'Allée** Chisinau, ville coopératrice de la Moldavie ;

**- De remplacer l'annexe 6 par sa nouvelle version jointe à cet amendement.**



Conseil Municipal du 3 février 2025 - Annexe à la délibération n°37632, VOIES PUBLIQUES  
Dénominations de voies, espaces et équipements publics  
**Annexe N°6 - Allée Chisinau, ville coopératrice de la Moldavie (secteur 6)**



# **VOEUX**

Conseil municipal du 3 FÉVRIER 2025

**VOEU: Vœu pour la sauvegarde des emplois de notre territoire**

déposé par le groupe Place Publique, Social Démocrate

Monsieur le Premier Ministre,

154..., 162..., 400..., Ce qui pourrait ressembler à une simple suite mathématique n'en est pas une. C'est bien malheureusement une longue, bien trop longue et bien trop grave série de suppressions d'emploi sur notre territoire.

154, C'est là le nombre de postes amenés à disparaître sur le site d'Arkema situé Jarrie. Soit presque la moitié des effectifs basés sur ce site.

162, C'est là le nombre d'emplois d'ores et déjà supprimés sur le site de Photowatt à Bourgoin-Jallieu. Ce qui n'est que le début car cela entraînera la fermeture définitive du site.

Et 400, C'est là le nombre d'emplois que l'entreprise Vencorex compte supprimer à Pont-de-Claix, sur un site qui proportionnellement n'embauche que 450 salariés.

Monsieur le Premier Ministre, derrière cette suite de nombres il y a une réalité. Une réalité bien concrète qui concerne des hommes et des femmes, des familles et des foyers qui risquent de se retrouver dans des situations dramatiques des suites de la perte de ces emplois. Des familles qui ne pourront plus faire face à leurs obligations financières, qui, de jours en jours deviennent de plus en plus lourdes et difficiles à surmonter. La perte de sens pour beaucoup de salariés présents longtemps sur ces sites, qui ont tant donné, qui se sont tant investis pour leur entreprise et qui aujourd'hui se voient remercier ainsi.

Monsieur le Premier Ministre,

Il y a urgence à agir pour sauver ces emplois, pour maintenir et entretenir les filières d'activité chimique et photovoltaïque au sein de notre territoire.

Il y a urgence à agir pour réindustrialiser notre territoire et plus largement notre pays, afin de garantir sa souveraineté et son indépendance à l'heure où le monde est devenu si instable.

Monsieur le Premier ministre, vous avez, nous le savons toutes et tous, la possibilité d'agir. Par exemple pour le cas d'Arkema. La BPI est actionnaire à hauteur de 7% comment pouvez-vous accepter, comment l'Etat peut accepter au travers de la BPI que de tels licenciements s'opèrent dans une activité si stratégique et nécessaire pour notre pays.

Mais aussi Vencorex, où malgré une bonne santé financière, l'entreprise a été placée en redressement judiciaire à la demande du groupe thaïlandais PTT GC. Depuis aucune offre sérieuse de reprise n'a été formulée. Et ainsi fait craindre la suppression de 550 emplois sur l'usine et 6000 sur la toute la filière dans le sud Grenoblois et en AURA. Aussi une nationalisation provisoire (qui ne serait pas plus coûteuse pour les finances publiques qu'une fermeture du site avec toutes ses conséquences) pourrait permettre de maintenir l'activité et les emplois le temps de trouver une issue favorable.

Monsieur le Premier Ministre, la filière chimie et plus précisément les filières du chlore, de la soude, du chlorure de méthyle ont besoin de votre intervention pour être sauvegardées. Pour que ces dernières et les emplois qu'elles créent perdurent. Il faut pour notre souveraineté faire les changements qui sont nécessaires pour que ces filières puissent avoir un avenir économique et écologique.

C'est un rôle qui incombe à l'Etat, d'intervenir immédiatement pour préserver l'emploi d'une part et de réfléchir stratégiquement pour donner un avenir à ces filières en les accompagnant d'autre part.

Monsieur le Premier Ministre, il y a urgence. Et nous comptons sur votre intervention rapide et significative car ces emplois, ces familles et notre territoire ont besoin de votre soutien.

**Le Conseil municipal de Grenoble demande à M. le Premier ministre :**

- D'agir au plus vite en vous rendant en Isère pour échanger avec les salariés de ces entreprises et proposer des solutions afin de maintenir l'emploi et assurer l'avenir de ces filières ;**
- De porter une nationalisation temporaire de l'usine Vencorex.**

## Voeu du groupe des élu-es Grenoble en Commun

Conseil municipal du 3 février 2025

### **Pour la dignité, la reconnaissance et la non-rupture des droits des Chibanis et Chibanias**

Madame, Monsieur,

Venus du Maghreb dans les années 1950 à 1970, les Chibanis constituent cette génération d'immigrés qui a répondu à l'appel de la France pour venir travailler comme ouvriers dans l'industrie, les mines, ou encore le bâtiment durant la reconstruction post-Seconde Guerre mondiale et les « Trente Glorieuses ». À Grenoble, cette main d'œuvre étrangère a participé à la transformation de notre territoire autour de la période olympique. La Ville leur a d'ailleurs rendu hommage à travers l'exposition « Ils ont fait les Jeux » lors du cinquantenaire des JO de 1968. Aujourd'hui âgé-es de plus de 65 ans, ces travailleur-euses sont devenus des « Cheveux blancs », ou des « Chibanis », en arabe dialectal et mérite que la France leur exprime sa gratitude en les accompagnant dignement dans leur retraite.

De nombreux Chibanis, venus seuls, n'ont pas ou peu construit de réseau social en France et vivent aujourd'hui isolés, loin de leurs familles. Ils et elles font partie de ses 900 000 personnes âgées souffrant d'isolement à cause des actions insuffisantes de l'État pour répondre aux besoins des populations vulnérables. Invisibilisée, cette génération peine à faire valoir ses droits, au point que les Chibanis ont été qualifiés de « grands oubliés de l'intégration » par un rapport du Haut Conseil à l'Intégration en 2004 qui posait alors la question du respect de ces personnes, de leur accès à la nationalité, de leur accès aux droits sociaux et au logement.

Grenoble se range auprès de ses habitant-es en dénonçant la vulnérabilité multifactorielle de la population vieillissante de Chibanis. À cause de conditions de vie précaires, des parcours marqués par la pénibilité des emplois, le bafouement de leurs droits par des employeurs peu scrupuleux, des périodes de chômage prolongées et des revenus modestes, leur vie a été semée d'embûches injustes.

En 2013, c'est une Mission d'information sur les immigrés âgés, constituée par l'Assemblée nationale, qui pointait leurs conditions de vie restées difficiles. Beaucoup ont travaillé dans des conditions où les cotisations sociales étaient insuffisantes, ce qui entraîne aujourd'hui des retraites très faibles. Certains vivent encore dans des foyers de travailleur-euses, avec des moyens limités (ex-SONACOTRA).

Les Chibanis font face à de nombreuses difficultés : la barrière de la langue, un accès limité aux soins, à l'information et aux services essentiels. Les logements occupés par les Chibanis

depuis des décennies sont souvent usés, voire insalubres et l'accès aux infrastructures adaptées aux personnes âgées est limité par des inégalités socio-spatiales fortes. La complexité des démarches administratives rendent difficile l'effectivité des droits, aggrave le risque d'isolement et de grande pauvreté, touchant ainsi à des facteurs aggravants pour la santé physique et psychologique des personnes âgées. Enfin, l'invisibilité des Chibanias, femmes immigrées âgées, souvent veuves vivant de pensions de réversion dérisoires révèle aussi une défaillance.

Le positionnement des gouvernements depuis dix ans n'ont eu de cesse de réduire les droits sociaux, nier la dignité et précariser encore plus les Chibani-as en France. Il est nécessaire d'inverser la tendance et être à la hauteur du sacrifice des Chibanis et Chibanias pour le bien-être collectif. Ils et elles ne doivent pas être oublié-es ni laissé-es dans la pauvreté.

**Le Conseil municipal de Grenoble demande au Président de la République et au Gouvernement :**

**– de rendre aux Chibanis et Chibanias une liberté d'aller et de venir entre leur pays d'origine et la France en guise de reconnaissance pour le travail accompli et de cesser les contrôles discriminatoires sur toutes les personnes âgées immigrées ;**

**– de permettre aux familles issues des pays d'origine de s'installer en France pour accomplir la mission d'aidant-es auprès de leurs aîné-es, notamment Grenoblois-es ;**

**– de garantir un service public d'accueil des étranger-ères au sein des Préfectures pour faciliter leurs démarches administratives et éviter qu'elles ne soient captées et revendues par des réseaux frauduleux.**

**Groupe d'Opposition Société Civile, Divers Droite et Centre**  
Conseil municipal du 3 février 2025  
Vœu

***Pour la suspension de la ZFE.***

Avec la mise en œuvre de l'interdiction de circulation des véhicules Crit'air 3 au sein des 13 communes de la métropole appliquant la ZFE, ce sont désormais 75000 véhicules qui sont concernés dans l'aire urbaine grenobloise.

C'est une véritable bombe sociale, car les statistiques montrent bien que les premiers à subir cette mesure sont les ménages les plus précaires, qui possèdent des véhicules en général plus anciens et qui ne peuvent pas forcément se permettre le sacrifice financier que nécessite leur remplacement.

Si le principe de la ZFE peut être louable, son acceptabilité est conditionnée aux alternatives et aux aides mises en place pour l'accompagner.

En matière d'alternatives, le développement des transports en commun est au point mort depuis plus de 10 ans. Les quelques maigres et poussives extensions de lignes qui ont vu le jour sont une goutte d'eau dans l'océan de citoyens métropolitains qui n'ont pas accès à des transports collectifs leur permettant de se passer de la voiture.

La composition des ménages, la forme physique des uns et des autres, le relief de notre territoire font également que le vélo n'est pas la solution miracle pour tous.

En ce qui concerne les aides, le compte n'y est pas. Même en cumulant les aides accordées par l'État pour un changement de véhicule, et celles, très réduites, mises en place par la métropole, de nombreux ménages qui n'ont d'autres choix que d'utiliser leur voiture n'ont pas les moyens du reste à charge pour remplacer un véhicule obsolète.

Reste l'argument écologique à l'origine de l'instauration des ZFE, qui est pourtant de moins en moins entendable aujourd'hui.

D'une part, la classification Crit'air ne tient pas compte de la pollution effective du véhicule mais de son année de fabrication. Or, des véhicules anciens polluent parfois moins que des modèles plus récents, qui passent encore entre

les mailles de la ZFE.

Il s'avère également qu'envoyer au rebut des dizaines de milliers de véhicules qui auraient pu encore rouler pour les remplacer par des véhicules neufs n'est pas plus vertueux écologiquement. Le coût carbone de la fabrication de nouvelles voitures pèse bien plus lourd, et les matières premières nécessaires aux véhicules électriques qui roulent dans nos ZFE conduisent à externaliser la pollution dans les pays les plus pauvres.

L'interdiction des Crit'air 3, brutale et jamais soumise à concertation, a un coût social bien trop élevé comparé au gain attendu pour l'environnement, alors que la principale source de pollution de l'air reste le chauffage au bois.

En outre, Grenoble Alpes Métropole n'est plus soumise à l'obligation d'interdiction des Crit'air 3 en 2025, car nous sommes passés sous les seuils légaux de pollution.

Dans d'autres villes, les élus freinent désormais pour éviter une catastrophe sociale. À Lyon, la France Insoumise appelle à manifester contre la verbalisation des Crit'air 3, qu'elle juge comme une "politique punitive".

À Strasbourg, la métropole co-dirigée par les Verts a décidé de repousser de deux ans l'application de l'interdiction en le justifiant notamment par une baisse du nombre de personnes exposées à la pollution au dioxyde d'azote, et par la nécessité de laisser plus de temps aux citoyens pour se préparer.

Aussi, le Conseil Municipal de Grenoble adopte le vœu suivant :

**Le Conseil Municipal demande à Grenoble Alpes Métropole de suspendre l'application de l'interdiction des véhicules Crit'air 3 au sein de la ZFE.**

## Conseil Municipal de Grenoble du 3 février 2025

### Intergroupe Grenoble Démocratie Ecologie et Solidarité / Groupe Socialistes et Apparentés

#### Vœu contre la réintroduction des néonicotinoïdes dans l'agriculture française

adressé aux députés de l'Assemblée Nationale et à Annie Genevard, ministre de l'agriculture

Lundi 27 janvier, le Sénat s'est prononcé en faveur de la réintroduction de l'acétamipride, insecticide de la famille des néonicotinoïdes, pour la culture de la betterave et de la noisette. A ce jour, nous sommes dans l'attente de la décision de l'assemblée nationale et du gouvernement. Destinée à s'aligner sur d'autres pays européens qui autorisent ces produits jusqu'à 2033, cette décision aggraverait considérablement les effets délétères de l'agriculture intensive sur la biodiversité et la pollution des sols, ainsi que sur la santé des consommateurs comme des agriculteurs.

En effet, les études démontrant que les néonicotinoïdes portent une responsabilité lourde dans le déclin des pollinisateurs, dont les abeilles, sont nombreuses<sup>1</sup>, alors que le rôle des abeilles est crucial dans la reproduction de nombreuses espèces végétales et la production alimentaire. Il a également été prouvé que certaines espèces d'oiseaux comme le merle, le martinet ou le colibri avaient pu être contaminées et voir leur population diminuer<sup>2</sup> pour cette raison. De plus, si la littérature scientifique n'est pas unanime quant à l'effet de l'acétamipride sur l'être humain, il existe une réelle inquiétude quant à un risque d'infertilité, notamment chez l'homme<sup>3</sup>.

L'acétamipride, bien que moins persistant que d'autres molécules de cette famille, reste un néonicotinoïde dont l'innocuité totale n'est pas avérée. Des études ont mis en évidence ses effets neurotoxiques et son impact sur la biodiversité. Son interdiction en France, décidée en 2018, est donc un enjeu clé pour la protection de l'environnement et la transition vers un modèle agricole plus durable. Cette décision doit être sanctuarisée. Y renoncer constituerait une erreur majeure et ne protégerait en aucun cas les agriculteurs, premières victimes de l'exposition aux pesticides. Nous considérons que le débat sur la réintégration de l'acétamipride est ainsi une manière de détourner l'attention, à l'heure où nous devons lutter pour concilier amélioration des conditions de travail des agriculteurs et qualité de notre

---

1 <https://www.fondationbiodiversite.fr/neonicotinoïdes-des-nouvelles-connaissances-scientifiques-sur-leur-impact-sur-les-abeilles/>

2 Impacts des produits phytopharmaceutiques sur la biodiversité et les services écosystémiques. Rapport de l'expertise scientifique collective <https://hal.inrae.fr/hal-03777257/>

3 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2305050015000305>

alimentation, comme nous le faisons en nous opposant à des accords commerciaux qui mettent directement en difficulté les agriculteurs français et européens, dont l'accord de libre-échange avec le Mercosur, et comme nous devons le faire en harmonisant par le haut les normes environnementales en vigueur au sein de l'Union Européenne afin de ne pas créer les conditions d'une concurrence déloyale entre les agriculteurs français et les autres.

Le territoire grenoblois est peu pourvu en foncier agricole. Il dépend donc largement de l'agriculture extérieure à notre commune. Ainsi, la qualité de l'alimentation des grenobloises et des grenoblois repose essentiellement sur la manière dont sont produits les aliments sur l'ensemble du territoire national, sans compter la production agricole étrangère. Grenoble est également particulièrement concernée par la pollution des sols qui constitue pour nous une préoccupation majeure, alors que la nappe phréatique sur laquelle se trouve Grenoble est l'une des plus polluées de France.

**Dans ce contexte, le Conseil Municipal de Grenoble demande à Mme Annie Genevard, ministre de l'agriculture, et aux députés :**

- **De s'opposer à la réintroduction de l'acétamipride et des néonicotinoïdes dans l'agriculture française**

# INTERVENTIONS

*Seules figurent les interventions écrites remises au service l'Assemblée sous huitaine.*

## **Discours introductif de M. le Maire Eric PIOLLE**

### **Conseil municipal du 3 février 2025**

Mesdames, messieurs, mes cher-es collègues,

Bienvenue à ce premier conseil municipal de 2025.

**Il y a 80 ans, se construisait le monde d'après-guerre.** Un monde qui avait été préparé pendant la guerre, pendant les heures les plus sombres du deuxième conflit mondial, et sécurité sociale voyait le jour en France, ainsi que cela avait été dessiné par le Conseil National de la résistance. Avec pour chacune et chacun, l'accès à des droits en cas de maladie, de retraite, d'accident ou de maladie professionnelle, ou de naissance également. Une partie des dépenses relatives à ces prestations était absorbée par les cotisations des salarié.e.s, donc par la solidarité.

**Cette solidarité, elle nous guide dans notre quotidien à Grenoble et elle anime nos politiques publiques.** Deux délibérations en témoignent encore aujourd'hui : le principe d'une mutuelle communale dont nous posons aujourd'hui une délibération. Et la seconde examine la mise à disposition dans le futur équipement du secteur 6, le futur équipement jeunesse, d'un centre de santé pédiatrique qui sera porté par l'Agecsa. Elle répond à notre volonté de lutter contre les déserts médicaux et d'accompagner la constitution d'une offre de soins, notamment dans les quartiers populaires de la ville. La solidarité passe aussi par un accès universel aux services publics, accès qui a parfois besoin d'être médiatisé, le non-recours vous le savez est une des plaies aujourd'hui de notre système. Cette médiatisation pour permettre le recours de toutes et tous aux accompagnements dont ils et elles ont besoin. C'est par exemple un des rôles des adultes-relais dans les quartiers populaires, des adultes-relais dont les missions sont aujourd'hui remises en cause, dont l'existence même est aujourd'hui remise en cause. L'accès à la santé pour toutes et tous, y compris à la santé sexuelle et reproductive, est assuré par un grand nombre de structures dont les missions de service public sont parfois attaquées, comme nous le voyons aujourd'hui, ou soumises à des incertitudes . évidemment nous avons tout cela toutes et tous en

tête, attaqué aussi par les réductions de financement des collectivités locales et des intercommunalités. Il est important de souligner ce rôle essentiel, ainsi que l'importance d'une offre médicale de qualité sur tout notre territoire, notamment en cette année où nous célébrons les 50 ans de la loi Veil.

**Les droits sociaux, la constitution de 1946 les a consacrés dans son préambule. Un préambule qui a été intégré à la constitutionnelle qui est aujourd'hui celle de la 5<sup>e</sup> donc, qui a toujours valeur constitutionnelle aujourd'hui. Je cite « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. »** Lorsque nous concourons à construire une ville à hauteur d'enfant, nous faisons écho à ces droits sociaux qui le placent en premier.

**Qu'est-ce qu'une ville à hauteur d'enfants ?** C'est celle qui permet aux plus jeunes de naître et d'évoluer dans un environnement sain. Avec un air non pollué, avec une eau non polluée, avec des sols non pollués. C'est proposer des parcs à proximité des lieux de vie pour leur permettre d'explorer la nature et de jouer sans danger – nous allons notamment délibérer aujourd'hui pour nommer le futur parc du quartier Flaubert : Simone Veil, et, dans le cadre des 100 ans de l'exposition sur la houille blanche, nous évoquerons également l'aire de jeux sur l'hydroélectricité qui ouvrira au printemps 2025 tout près d'ici, au parc Paul Mistral. Cette ville à hauteur d'enfants, nous y contribuons lorsque notre santé scolaire met en œuvre des dépistages précoces et sensibilise les parents à certaines problématiques de santé publique. Nous la développons au travers d'un accès égal dès la petite enfance aux savoirs – et à l'esprit critique, au beau et aux loisirs. Car une ville qui se met à la hauteur d'un enfant est une ville qui leur donne le pouvoir d'agir.

**Nous la construisons en développant les places aux enfants, mais aussi en rénovant nos établissements scolaires et d'accueil de la petite enfance pour permettre à chaque enfant d'étudier dans des conditions confortables et dans un**

**air sain.** Je pense évidemment aujourd'hui au pôle enfance les Trembles qui ouvrira ses portes à la rentrée prochaine, mais aussi à la rénovation de l'îlot Marmots ou de l'école maternelle Jules Verne, sur laquelle nous allons délibérer aujourd'hui.

**La ville à hauteur d'enfants est une ville qui concourt à la réduction des inégalités dès la naissance.** Lorsque nous réaffirmons le rôle de pilote de la ville et du CCAS par une délibération sur le service public de la petite enfance, nous réaffirmons son rôle d'accompagnement à la parentalité et d'accueil des tout-petits, et sa compétence pour toute décision structurante en la matière. **Notre politique petite enfance agit activement pour réduire les inégalités pour qu'elle profite à toutes les familles, pour leur permette de se rencontrer autour d'enjeux communs, dans les crèches, les lieux d'accueil enfants parents, et les maisons des habitants.** Et parce que l'enfance est un temps où les êtres sont en construction, nous portons une exigence particulière sur la qualité environnementale et sur l'alimentation servie dans nos crèches. J'ai d'ailleurs le plaisir de vous annoncer que nous allons inaugurer bientôt l'éco-crèche la Voie Lactée.

**Au travers des quelques exemples, nous voyons que ces politiques profitent aux enfants, mais ce n'est pas exclusif. D'ailleurs, dans les propos que je vous ai cités, la Constitution disposait que la société garantissait ces droits sociaux à « tous, notamment à l'enfant... ». Notamment, mais pas exclusivement.**

Parce que l'accueil de la petite enfance, c'est permettre aux parents, et en particulier aux femmes, d'équilibrer leur vie personnelle et leur vie professionnelle, c'est aussi proposer des relais d'échange à de jeunes parents. Des écoles performantes d'un point de vue environnemental, c'est permettre aux plus jeunes d'apprendre dans de bonnes conditions, mais c'est aussi proposer de bonnes conditions de travail et se soucier de la santé environnementale des agentes et des agents (principalement d'ailleurs je le rappelle, des femmes) qui accompagnent des enfants aujourd'hui dans nos services. Peut-être que cela changera, nous avons vu déjà des métiers changer dans des catégorisations de genre qui peuvent sembler aujourd'hui archaïque.

Une place aux enfants, cela profite à la sécurité des enfants, mais aussi à celle de leurs parents et de leurs grands-parents, il permet la convivialité nécessaire pour échanger... et pourquoi pas d'élaborer ensemble et de proposer.

**Parce que lorsqu'on réfléchit à l'enfance, on se donne l'occasion de penser loin et de penser déjà le quotidien tout de suite. Parce que ces enfants sont à la fois des citoyens en devenir, ils ont besoin d'être entourés pour grandir et ils sont déjà des êtres à part entière avec une voix et une réflexion à entendre. Lorsque la ville de Grenoble a passé le relais de capitale verte européenne à Tallin fin 2022, nous avons lancé la démarche Grenoble 2040, parce que nous étions là à un moment où nous voulions signifier que les enfants nés en 2022 devaient avoir à l'arrivée à l'âge adulte, en 2040, accès à une ville résiliente.** Cette résilience, c'est celle qui prévient les risques et rend une structure capable de résister aux chocs. Elle dépend de nos politiques bâtementaires, de nos travaux sur l'espace public pour créer des zones de fraîcheur. Elle dépend aussi de l'implication de chacune et de chacun et de la capacité de toutes et tous à s'approprier une véritable culture du risque. **C'est donner à chaque citoyenne, à chaque citoyen, du pouvoir d'agir et la capacité à sauvegarder l'espace nécessaire pour conserver sa capacité à voir loin et à rester solidaire aux autres.**

**Nous savons que les phénomènes extrêmes vont se multiplier,** ils sont très proches de nous, nous l'avons vu en France à Mayotte, nous l'avons vu en France toujours, tout près de nous, à la Bérarde, nous l'avons vu ce week-end également, près de Moutier. Nous l'avons de façon un peu plus lointaine, mais toute proche, à Valence il y a quelques semaines de cela, ou en Belgique et en Allemagne il y a quelques années de cela. Nous l'avons connu avec la pandémie mondiale en 2020, nous l'avons connu aussi avec la crise énergétique de 2022. Nous voyons cette accélération des phénomènes et cette nécessité pour nos territoires de développer une capacité à absorber les chocs.

L'essayiste Naomi Klein s'est faite connaître avec son livre *la Stratégie du Choc* qui montrait de façon cruellement actuelle, encore aujourd'hui, comment une crise ou une catastrophe pouvait être utilisée pour saborder des services publics, ou pour faire basculer un régime vers l'illibéralité, voire la dictature. Lors de la première élection de Donald Trump, elle a fait paraître un ouvrage *Dire non ne suffit pas*. Elle a introduit son livre par un retour d'expérience sur l'ouragan Katrina, à la Nouvelle Orléans, qui s'est soldé par des destructions et des drames humains qui auraient pu être évités, si les discriminations touchant les quartiers les plus pauvres et si la qualité des services publics, défailants dans cette ville, n'avaient pas été des causes aggravantes.

Elle a poursuivi en détaillant les stratégies déjà mises en œuvre par les plus riches pour se protéger en cas de catastrophe climatique, tout seuls, dans leur coin. Ce que Bruno LATOUR appelait la sécession des 1 %, des plus fortunés. Doù l'importance d'anticiper les risques et de développer une ville résiliente dans tous ses quartiers pour toutes et tous.

**En France, en 1945, nous choissions de transformer les accidents de la vie en risques sociaux, décidant de les faire porter par la solidarité nationale. Il en va de même aujourd'hui pour le risque climatique, 80 ans plus tard.** C'est le sens de la stratégie de résilience territoriale qui sera présentée aujourd'hui par Antoine Back.

Enfin, nous nous inscrivons dans une histoire, notre histoire, et dans ce cadre nous célébrons en 2025 les 100 ans de l'exposition de la Houille Blanche et du tourisme. Nous aurons, là, la rénovation de la tour Perret, vous la voyez progresser chaque semaine. Ce monument emblématique de Grenoble réouvrira au public, il est fermé depuis 1960, avec un dispositif de médiation inédit, au coeur d'un parc Paul Mistral repensé, après des travaux soutenus, je dois les remercier, par la Fondation du Patrimoine qui est très active, par le Département de l'Isère également, qui nous accompagne fortement, par l'État bien sûr, c'est un monument historique et l'État était très attentif à cette rénovation. À l'issue d'un chantier scientifique qui a aussi été

approprié par les écoles de la ville, jusqu'aux spécialistes mondiaux du béton, nous avons là une belle illustration de notre capacité à nous sentir dépositaire d'un patrimoine, et responsable de notre capacité à le léguer aux générations futures.

Sans plus attendre, ainsi que je l'ai annoncé, nous faisons une suspension de séance pour accueillir Mesdames GAUDEBERT et LEPOUTRE et Monsieur LIBERCIER, pour un retour des préconisations de l'atelier citoyen sur le stationnement et l'espace public, et je suspends donc le conseil municipal l'espace de votre intervention.

## CONSEIL MUNICIPAL DU 3 FÉVRIER 2025

### CONCLUSION DE LA PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS DE L'ATELIER CITOYEN SUR LE STATIONNEMENT

**Intervenant** : Gilles NAMUR

**Groupe** : Grenoble en Commun

Avant toute chose, je tiens à adresser mes sincères remerciements aux porte-paroles du panel qui ont accepté de porter la voix du groupe. Nous savons que cet exercice de représentation peut être impressionnant. Votre engagement mérite d'être salué.

Je veux également exprimer ma gratitude envers l'ensemble des citoyennes et citoyens qui ont pris part aux différentes séances de cet atelier. Un atelier qui aura été tout particulièrement difficile, subissant de nombreuses pressions, tant de l'extérieur avec des intrusions de personnes voulant à tout prix s'imposer, prendre la parole, perturber le bon fonctionnement de ce dispositif, que de l'intérieur avec quelques membres dont l'attitude a été à chaque séance pointée comme gênante, agissant de manière problématique, n'allant pas dans le sens de la coopération, de l'écoute, de la construction. Cependant, face à l'adversité, le groupe s'est soudé et cela l'a rendu plus fort, plus efficace et très coopératif. La richesse des échanges a été à la hauteur de la diversité du panel, que ce soit en termes d'âge, de parité ou encore de représentativité des différents quartiers de notre ville. Leur participation active et constructive a permis d'aboutir à ce rapport de préconisations.

S'engager dans un tel processus, prendre le temps de réfléchir collectivement et s'exprimer face à un groupe, parfois composé d'inconnus, n'est jamais chose aisée. C'est pourquoi je tiens aussi à remercier chaleureusement l'équipe de facilitation, qui a su créer un cadre bienveillant favorisant la participation de toutes et tous et nourrir ainsi les réflexions et propositions. Cette animation, quoi qu'on en dise, a obtenu de la part des membres un taux de satisfaction compris entre 70 et 90 %, pour seulement 1 à 4 personnes insatisfaites selon les séances.

Enfin, un grand merci aux personnes-ressources, aux experts et techniciens qui ont partagé leurs connaissances et apporté des éclairages précieux sur les enjeux de cette thématique. Leur contribution a permis d'enrichir les débats et de répondre aux interrogations des participants.

Le stationnement fait partie intégrante des politiques de mobilité. Au même titre que le développement des transports en commun, de la politique vélo ou de la place des piétons en ville, le stationnement permet de réguler la place de la voiture en ville, d'inciter à se déplacer autrement, d'accompagner les résidents, les pendulaires et les commerçants en fonction de leur besoin. Et ça,

vous l'avez parfaitement saisi et retranscrit dans vos préconisations au vu du nombre, de la richesse et de la diversité de celles-ci.

Nous avons maintenant un rapport de préconisations précis et détaillé et nous vous devons d'y répondre point par point. Aussi, d'ici quelques jours nous allons vous proposer un rendez-vous courant mars pour vous apporter des réponses précises et détaillées à chacune de ces préconisations.

Je vous remercie.

**Chérif Boutafa**

**Groupe d'Opposition - Société Civile, Divers Droite et Centre**

Conseil municipal du 3 février 2025

**Intervention délibération #1 – 38370**

*Compte rendu de Monsieur le Maire en application de la délibération de délégation de pouvoirs du 3 juillet 2020*

Monsieur le Maire,

Ce nouveau rendu acte présente toujours les mêmes similitudes : des procédures qui opposent la ville aux habitants et au personnel de la ville. C'est votre gestion humaniste des ressources humaines à laquelle nous sommes malheureusement habitués.

Pour la partie marchés, nous constatons dans ce rendu acte, à propos du nettoyage de divers locaux, la retenue de deux entreprises, la STEM propreté à Claix pour une somme de 2 020 000 € et le nettoyage dauphinois à Seyssins pour un montant de 1 240 000 €.

Peut-on savoir pourquoi vous avez dû externaliser le service du nettoyage des locaux ?

Par ailleurs, nous n'avons toujours pas de réponse sur les lieux d'installation des bornes escamotables pour un montant de 1 200 000 €. Nous vous demandons à nouveau, comme depuis trois conseils, de bien vouloir nous communiquer le nombre exact et les lieux d'implantations de ces bornes.

Je vous remercie.

## CONSEIL MUNICIPAL DU 3 FÉVRIER 2025

### Délibération n°2-(38287) – CONVENTION DE COOPÉRATION PUBLIC-PUBLIC ENTRE LA VILLE DE GRENOBLE ET SON CENTRE D’ACTION SOCIALE POUR LE SERVICE PUBLIC DE LA PETITE ENFANCE

**Intervenante** : Sylvie FOUGERES

**Groupe** : Grenoble en Commun

Monsieur le Maire, mesdames et messieurs les conseillères et conseillers municipaux, habitantes et habitants de Grenoble

Cette délibération vise à organiser la nouvelle compétence obligatoire de la commune en tant qu'autorité organisatrice de la petite enfance. Elle s'inscrit dans une longue histoire

La Convention relative aux droits de l'enfant a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 20 novembre 1989 . Elle définit les objectifs de l'éducation « *L'éducation doit viser à favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant, le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de ses potentialités. Elle doit préparer l'enfant à une vie adulte active dans une société libre et encourager en lui le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que de la culture et des valeurs d'autrui* »

En France, plus récemment, en septembre 2020, Le rapport des 1000 jours, insiste sur l'importance de la prise en compte du développement de l'enfant de la grossesse à l'entrée à l'école. Une période de grande vulnérabilité pour l'enfant durant laquelle les influences extérieures peuvent avoir un effet durable sur l'adulte qu'il deviendra. Une période qui nécessite des actions de prévention et de soutien précoces pour lutter contre les inégalités

En août 2021, la Charte nationale pour l'accueil du jeune enfant énonce dix principes favorables au développement et à l'épanouissement de l'enfant. Ces principes sont autant d'axes pour piloter la montée en qualité des modes d'accueil individuels et collectifs. Elle se veut être une référence commune à tous les modes d'accueil du jeune enfant.

**Pourtant, le secteur de la petite enfance en France est un secteur à bout de souffle ET en mal d'attractivité. Les raisons sont multiples :**

- Des faibles rémunérations,
- Un métier difficile et peu valorisé,
- Des perspectives d'évolution insuffisantes,
- Une course à l'équilibre économique induite par les modes de financement.
- Suite à des drames, un rapport de L'Inspection Générale des Affaires Sociales alarmant

- Une marchandisation de l'accueil du jeune enfant avec des groupes lucratifs qui privilégient le profit
- Des contraintes réglementaires différenciées pour les micro-crèches du secteur privé qui n'avaient pas jusqu'à maintenant l'obligation de recruter des diplômés
- Des crèches associatives qui ont de plus en plus de mal à trouver l'équilibre et qui, sans un soutien sans faille, des collectivités locales se verraient en grandes difficultés
- Des collectivités qui développent des services publics de proximité et à qui le gouvernement demande de diminuer leurs dépenses

Malgré ce contexte, Grenoble, pionnière dans de nombreux domaines sociaux a fait le choix d'investir pleinement dans le secteur de la petite enfance. La petite enfance c'est l'avenir de notre société.

Je tiens ici à remercier l'ensemble des agents du service public de la Petite enfance pour leur engagement aux services des habitantes et des habitants de Grenoble

Depuis **1967**, la Petite Enfance est un **pilier social central** pour la Ville qui a initié le développement de crèches publiques pensées pour réduire les inégalités sociales en confiant ce pilotage à son CCAS. Depuis presque 60 ans, le CCAS de Grenoble par convention avec la ville mène une politique petite enfance, gère les établissements d'accueil pour les jeunes enfants et accueille les familles les plus vulnérables

Aujourd'hui,

- près de 50 % des enfants accueillis vivent dans une famille sous le seuil de pauvreté.
- Nous priorisons l'accueil des enfants vivant dans une famille monoparentale (Faut-il rappeler que 18 % des enfants grenoblois âgés de 0-2 ANS vivent dans une famille monoparentale ?
- Nous déployons une politique soutenue d'accueil prioritaire d'enfant en situation de handicap en ouvrant notamment cette année une unité mobile spécialisée au sein du pôle médico-psycho.

Malgré un contexte difficile, le Taux de couverture à Grenoble est de de 69 %, soit neuf points supérieurs à la moyenne nationale.

Grenoble est également pilote dans l'importance qu'elle attribue à la qualité de l'accueil. Avec Complétude, depuis 2022, chaque crèche municipale est dotée d'un taux d'encadrement supérieur à l'obligation réglementaire

En l'attente d'un référentiel national depuis plusieurs années, Grenoble, par son CCAS, a construit avec les équipes et mis en place son référentiel qualité pour travailler à l'amélioration continue de la qualité au sein de chacun des établissements d'accueil municipaux.

Sur le plan de la transition écologique.

Depuis 2017, chaque crèche bénéficie d'une alimentation bio. Aujourd'hui, nous approfondissons la démarche de transition écologique environnementale et sociale pour

chacune de nos crèches. Le 27 février, nous inaugurerons la première crèche qui a obtenu le label écolo-crèche. D'ici 2026, la totalité de nos établissements (27 EAJE et 6 Relais Petite Enfance) seront engagés dans ce processus de labellisation.

Enfin, l'Article 31 de la convention relative aux droits de l'enfant déclare que L'enfant a le droit aux loisirs, au jeu et à la participation à des activités culturelles et artistiques.

A Grenoble, en collaboration avec Lucille heureux et notre politique culturelle qui priorise la petite enfance comme public, nous avons ouvert un espace de culture spécifique pour les 0 - 3ans et leurs familles à Prémol : l'art tendre, un espace qui rencontre déjà un succès énorme auprès des Grenobloises et des Grenoblois en accueillant près de 4000 enfants par an

**Ainsi**, La Ville de Grenoble a pour ambition d'être une ville solidaire, qui protège ses habitantes et ses habitants et répond à leurs besoins. Elle travaille quotidiennement à réduire les inégalités et garantir l'accès aux droits de chacun-e.

En 2023, la loi pour le plein emploi ajoutait un article au code de l'action social des familles donnent aux communes **la compétence d'autorité organisatrice du Service Public Petite Enfance (SPPE) à partir du 1er janvier 2025.**

Il s'agit

- de recenser les besoins d'accueil des familles et des enfants âgés de moins de 3 ans
- d'informer et d'accompagner les familles de ces enfants de moins de 3 ans,
- de planifier le développement et le maintien des modes d'accueil dans un schéma pluriannuel
- et d'en soutenir la qualité.

**Cette nouvelle compétence nous engage :**

- **Sur le plan légal**
- **Sur notre gouvernance**
- **Sur nos financements**

Cette délibération est une première étape.

Elle a pour objet de définir les modalités d'une coopération entre la Ville de Grenoble et son CCAS afin d'œuvrer à la mise en place de la nouvelle compétence obligatoire de la Ville créée par la loi et de préciser la mise en œuvre et le partage des missions du service public de la petite enfance.

**Les objectifs communs sont ainsi les suivants :**

- **Garantir à la Ville de Grenoble le plein exercice des compétences d'une autorité organisatrice de la petite enfance**
- **Établir les modalités permettant de placer le CCAS comme l'opérateur municipal mandaté par la Ville de Grenoble pour exécuter les missions du service public de la petite enfance ;**

**- Maintenir la gestion des établissements municipaux de la Petite enfance en régie directe du CCAS.**

De nombreuses questions restent en suspens. Nous attendons ENCORE les 2 décrets qui doivent fixer plus finement les conditions d'exercices de cette autorité organisatrice, préciser les financements associés à cette nouvelle compétence créée par la loi, les conditions du contrôle de l'accueil et de la sécurité...

Au grand dam des acteurs de la petite enfance, le gouvernement Bayrou n'a pas nommé de ministre déléguée ni même de secrétaire d'état à la petite enfance.

En l'attente, nous prenons nos responsabilités

Les acteurs de la petite enfance ont été rencontrés.

Nous avons redéployé les moyens des crèches associatives pour augmenter et harmoniser les subventions

Nous avons rencontré les acteurs du secteur privé lucratif déjà présent sur notre territoire pour leur présenter le Service Public Petite Enfance et leur demander de nous faire parvenir leur projet pédagogique

Nous préparons les axes du schéma de maintien et de développement de l'offre d'accueil sur le territoire. Il vous sera présenté ultérieurement.

En l'attente, je vous invite à adopter cette délibération nous permettant de redéfinir la convention entre la ville et le CCAS au regard de cette nouvelle compétence de service public de la petite enfance

**Je vous remercie**

## CONSEIL MUNICIPAL DU 3 FÉVRIER 2025

### **Délibération n°3-(38362) – DEMANDE DE SUBVENTION AU TITRE DU FONDS VERT POUR LE FINANCEMENT DES TRAVAUX DE RÉHABILITATION DE L'ÉCOLE JULES VERNE ET DE LA CRÈCHE ÎLOT MARMOTS**

**Intervenante** : Christine GARNIER

**Groupe** : Grenoble en Commun

Mesdames, Messieurs,

1) La Ville de Grenoble et le CCAS poursuivent avec constance et ténacité, malgré les difficultés financières, leur objectif global de rénovation énergétique et d'amélioration du confort d'usage de leurs équipements.

La Ville, dans le cadre du plan écoles phase 2, qui a un montant considérable de près de 60M€ identique à la phase 1 du plan écoles, commence actuellement la réhabilitation globale de l'école primaire Ferdinand Buisson, le plus grand équipement scolaire de la Ville. Elle est aussi en train de terminer la réhabilitation globale du pôle enfance des Trembles, un projet du NPNRU. Le CCAS poursuit son plan de rénovation des EAJE (espaces d'accueil du jeune enfant), après celle de la crèche La Voie Lactée.

Le plan écoles d'un montant de 59,3M€ en dépenses, ne comprend actuellement que 5,4M€ en recettes, dont 1,3M€ du Fonds Vert pour l'école Ferdinand Buisson, malgré tous les efforts des services et élus pour aller chercher toutes les subventions possibles. Il serait pertinent, si la France disposait d'un gouvernement avec une véritable volonté de lutte contre le bouleversement climatique et de respect des accords de Paris, de mieux subventionner les collectivités locales et notamment d'augmenter le montant du Fonds Vert, que certains voulaient même supprimer. Cette délibération a pour but de demander des subventions au titre de la Dotation de soutien à l'investissement local (DSIL), du Fonds Vert, auprès de l'Agence de l'Eau ou auprès de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF). Les bonifications pour performance énergétique seront demandées, notamment pour la Dotation Territoriale attribuée par le Département de l'Isère, pour laquelle une bonification de 10 % de la subvention peut être obtenue sur un projet présentant un gain énergétique théorique de - 40 % après travaux.

2) Ce bâtiment des années 80 est très complexe, il abrite à la fois une école maternelle de 5 classes, 130 élèves, et un restaurant scolaire, une crèche d'une trentaine de berceaux et un centre de loisirs, ainsi que les activités périscolaires.

3) Les enjeux et les objectifs sont multiples : au-delà de la nécessaire amélioration de l'isolation, ils portent sur les usages, l'accueil des enfants et les conditions de travail des professionnel·les. Il s'agit ainsi de fluidifier les déplacements intérieurs qui sont actuellement très contraints, de réorganiser la crèche pour augmenter la capacité d'accueil et permettre un mode de fonctionnement inter-âges. Et bien évidemment améliorer la sécurité en éliminant les matériaux polluants, rénover l'office de cuisine, ainsi qu'améliorer l'accessibilité, à la marge, car le bâtiment dispose déjà d'un ascenseur aux normes.

4) Les travaux ont été élaborés en co-construction approfondie avec la communauté éducative. L'essentiel du projet consiste en l'isolation du bâtiment, pour diminuer la consommation d'énergie et obtenir un meilleur confort d'hiver et d'été. Dans les surfaces existantes dont l'usage va être optimisé, de nouveaux locaux seront créés pour les enfants et les agent·es. La cour de l'école sera aussi réaménagée et végétalisée, celle de la crèche l'est déjà.

5) Les travaux commenceront à l'été 2025 pour une livraison en 2027. Ils seront faits en site inoccupé. La crèche est déjà délocalisée, l'école va être répartie entre les bâtiments de l'école élémentaire Marianne Cohn situé juste à côté, et le site Millet de la maternelle Jules Verne.

6) Le montant total du projet atteint 6,5M€.

Voici les principaux éléments de ce projet qui constitue une première technique à Grenoble vu l'architecture particulièrement complexe.

## CONSEIL MUNICIPAL DU 3 FÉVRIER 2025

### **Délibération n°4-(38043) – CONVENTIONS AVEC GENERAL ELECTRIC HYDRO FRANCE ET LES EDITIONS GLÉNAT ET CHARTE AVEC L'ASSOCIATION HYDRO21 DANS LE CADRE DU PROGRAMME D' ACTIONS PORTÉ PAR LA VILLE DE GRENOBLE POUR CÉLÉBRER LE CENTENAIRE DE LA TOUR PERRET.**

**Intervenant** : Claus HABFAST

**Groupe** : Grenoble en Commun

Chers collègues,

Au XXème siècle, deux événements n'ont pas seulement marqué l'histoire de Grenoble, mais impulsé le destin de notre ville : en 1925, l'exposition internationale de la houille blanche, et en 1968, les jeux de Grenoble. C'est pourquoi en février 2018, nous commémorons le cinquantième des JO, avec le mouvement olympique et sportif, en accueillant notamment l'équipe de France à son retour des Jeux en Corée du Sud.

En 2025, Grenoble s'apprête à commémorer le centenaire de l'exposition de 1925, avec la Métropole et d'autres collectivités, et avec de nombreux acteurs associatifs et économiques. Ce large partenariat reflète celui scellé par Paul Mistral, le Maire visionnaire de Grenoble élu en 1919, pour réaliser l'exposition de 1925.

La tour Perret représente l'héritage visible et emblématique de cet événement qui a catapulté Grenoble dans la modernité. Une tour qui va rouvrir à la visite après une rénovation exemplaire, rénovation qui doit s'achever à la fin 2025 et qui à mi-chemin passé, se déroule selon le calendrier et le budget.

Il est logique que la Ville de Grenoble mette la tour Perret au centre de son programme d'actions pour célébrer le centenaire de l'exposition. Qu'elle le fasse même si l'inauguration de la tour rénovée doit attendre encore un peu.

Qu'est-ce qui est prévue ? D'abord, dans la prolongation du programme de médiation et communication lancé en 2016, des visites guidées du chantier pour le grand public, et la poursuite du projet pédagogique « la tour Perret se raconte », mené depuis 6 ans avec le CAUE et l'Éducation nationale auprès de 700 enfants chaque année. En 7 ans, presque la moitié des scolaires des écoles primaires grenobloises auront ainsi participé à un projet tour Perret. En novembre, un colloque national pour les professionnels du patrimoine, de l'architecture et du béton sera organisé à Grenoble avec la Fondation Auguste Perret et l'Académie des Beaux-Arts.

Ensuite, pour marquer le centenaire, il y aura durant six mois dans le Parc Mistral l'exposition d'un objet géant de l'hydroélectricité : une roue à eau Pelton d'une turbine, mise à disposition par Général Electric Renewable Energy ; et une bâche de communication géante sur l'échafaudage du chantier de la tour Perret. Et en mai, l'inauguration festive de la nouvelle aire de jeux monumentale sur l'hydroélectricité, et une réception/conférence avec tous les acteurs, associatifs et institutionnels, du projet de rénovation de la tour.

Enfin, les Éditions Glénat publient en partenariat avec la ville de Grenoble et le CAUE un cahier d'activités dédié à la tour à destination du jeune public. Un cahier en papier pour dessiner, écrire, bricoler ... sans tablette ni switch.

A la différence de la commémoration des Jeux de Grenoble, ce programme se déroule sur le temps long, sur 6 mois, la durée de l'exposition de 1925. Et à l'instar de 2018, à un coût très maîtrisé, une qualité de la communication de notre municipalité désormais attestée par la chambre des comptes.

Par conséquent, il vous est demandé d'approuver la convention de prêt à titre gracieux avec General Electric Renewable Energy, la charte de partenariat liée aux événements de la célébration du Centenaire Hydro 1925 - 2025 – 2050, avec l'association Hydro21, et la convention de partenariat avec les Editions Glénat.

Je vous remercie.

## Conseil Municipal du 3 février 2025

### Délibération n°6-38315 : Adoption de la stratégie de résilience territoriale: renforcer la capacité de la municipalité pour développer la capacité à agir du territoire et ses habitant-es

#### Intervention de Pascal CLOUAIRE

#### Intergroupe Grenoble Démocratie Ecologie et Solidarité / Groupe Socialistes et Apparentés

Une délibération qui relève d'un frisson littéraire !

Voici donc une délibération-cadre pour présenter une stratégie de « résilience territoriale », Et ça, à un an des élections ! Franchement, qui aurait pu prédire une telle audace ?

Bien sûr, personne ici ne vous empêche de planifier, stratégiser, visionnariser, *synergiser* des concepts, ou *prioritiser* des priorités déjà priorisées.

Après tout, l'action publique, c'est ça : une vision qu'on met en pratique.

Enfin... en théorie.

Parce que..., venir dans cette délibération nous parler de vos, je cite, « ***nouvelles grammaires nécessaires pour représenter ce qui compte dans un monde de finitude*** »

La on touche le sublime, ce n'est plus une *délibération première*, nous sommes au-delà, une délibération zéro, un big-bang concentré de concept, un collector !

Un collector qui relève plus d'un exercice de style, qu'à une vraie démarche stratégique.

Mais bon, on aime la créativité littéraire de l'auteur, un artiste et nous on aime les artistes !

Alors, bien sûr, tout dans cette délibération n'est pas inintéressant et tout n'est pas à jeter :

- une définition des risques en partant du terrain, avec l'avis des agents et des services, c'est une bonne idée.

- on partage même les risques identifiés.... et à ce sujet nous permettons d'en retenir certains :

Ainsi, sont évoquées :

- les tensions Etat / Ville de Grenoble : "*désaccords politiques impactant la collaboration interinstitutionnelle et le fonctionnement de la collectivité.*" Qu'en est-il précisément ?

Et surtout :

- les fameuses tensions avec les institutions tierces et la Ville de Grenoble : (comprendre entre la métro et la Ville), "*désaccords politiques impactant la collaboration interinstitutionnelle et le fonctionnement des institutions et de leurs services*".

Comment ne pas penser au récent refus de la Ville de Grenoble de modifier les statuts de la Métropole, modification qui lui aurait permis de mener une politique volontariste en matière de pollution des eaux ?

Qu'est-ce qui, sur le fond, empêche la Métropole de se saisir d'un sujet duquel aucun acteur n'est saisi ? Pourquoi ne pas **agir de concert entre Ville et Métropole** sur la question de la pollution des nappes phréatiques et la préservation du principe pollueur-payeur ?

Comment ne pas penser, dans ce contexte, que la Ville de Grenoble présente un risque pour elle-même ? Lorsqu'elle préfère mener le combat perso, **un combat de l'ego, plutôt que le combat de l'eau ?**

Pour revenir à cette délibération, vous évoquez au sujet de la résilience, je cite, un « *usage polysémique et relativement souple de cette notion [qui] permet à la Ville de faire appel à un imaginaire commun tout en s'appropriant le terme et en y associant une éthique cohérente avec le projet municipal.* » C'est joliment dit !

Pour rappel, *polysémique* signifie qu'un terme à plusieurs sens. Ici, cette souplesse permet effectivement d'adapter le terme à différentes situations, en laissant chacun y projeter ce qu'il veut (et vous dites bien évidemment que cette projection doit être en cohérence avec le projet municipal)

Mais cette flexibilité a aussi ses limites. Elle pose un problème récurrent dans ce type de raisonnement : à force de vouloir tout rendre transversal, on finit par accumuler un catalogue de mesures qui se répètent, se recyclent, et se copient-collent d'un texte à l'autre que nous votons.

Ce que je veux dire ici, c'est qu'en réalité un grand nombre de politiques que ce texte souhaite mettre en place sont en réalité **déjà en place** et, comme vous ne souhaitez surtout pas dire que vous n'en faites pas assez, vous finissez en boucle par vous féliciter vous-mêmes.

C'est d'ailleurs ce que vous indiquez vous-même dans ce texte de 52 pages : à chaque fois, c'est une nouvelle mesure, suivi de la démonstration qu'elle est déjà mise en place, et parfois un petit encadré « le saviez-vous ? » pour nous dire qu'en réalité, c'est déjà fait.

Un autre exemple frappant qui me vient, est l'idée que vous souhaitez « *préserver une forte exigence de démocratie participative* » !

*Préserver*, ça veut dire maintenir quelque chose qui existe. Donc si préservez l'exigence de démocratie, c'est que vous l'appliquez déjà.

Mais alors, pourquoi chaque conseil ressemble à une litanie des projets menés contre l'avis des habitants ?

Lac baignable à la Villeneuve, avenue Jeanne d'Arc, chronovélo sur le cours Berriat... La liste est longue. Difficile de prêcher la démocratie participative quand dans le fait, il se passe le contraire !  
**La démocratie participative : bien vu mais mal fait !**

On est d'accord avec votre objectif : il faut rechercher le consentement populaire, sans lui, la transition écologique est vouée à l'échec. Mais à force de faire croire que vous avancez avec le peuple, alors que vous piétinez ses avis, il ne faut pas s'étonner pas que les Grenobloises et grenoblois aient l'impression que ces politiques se font contre eux.

C'est un point essentiel sur lequel nous souhaitons travailler : **nous voulons porter le consensus plutôt que la radicalité.**

Encore une fois, il y a du bon dans cette délibération, je pense notamment au plan cyber, qui est évidemment une initiative à suivre. Je pense aussi au diagnostic, réalisé en interne, qui est intéressant ; le listage des risques l'est lui aussi...

Mais tout se passe comme si vous souhaitiez répondre aux urgences et aux problèmes que vous identifiez en nous présentant des mesures que vous appliquez déjà et en nous faisant croire qu'elles fonctionnent parfaitement.

C'est bien normal, à un an de la fin du mandat de vouloir faire le bilan.

Mais dans ce cas-là, quel est l'intérêt de cette délibération ? A quoi sert-elle ?

Nous faire voter ce texte c'est un peu comme nous faire applaudir une rediffusion, en boucle, d'un vieux film. Que peut-on attendre d'une délibération qui, au final, **ne promet rien d'autre que ce qui est déjà fait ?**

N'étant pas convaincu des évolutions que ce texte apportera, notre intergroupe s'abstiendra.

**CONSEIL MUNICIPAL DU 3 FÉVRIER 2025**  
**VŒU POUR LA DIGNITÉ, LA RECONNAISSANCE ET LA NON-RUPTURE DES**  
**DROITS DES CHIBANIS ET CHIBANIAS**

**Intervenante** : Kheira CAPDEPON

**Groupe** : Grenoble en Commun

**Monsieur le Maire, Mesdames et Messieurs,**

Celles et ceux que l'on appelle **Chibanis et Chibantias - qui n'a pas entendu ce terme ?** - ont, comme **tant d'autres travailleurs et travailleuses immigré-es**, contribué à **bâtir la France et notre ville**. Aujourd'hui, **malheureusement** ils vivent parfois dans **l'oubli et la précarité**, confrontés à de nombreux obstacles : **l'isolement, des démarches administratives complexes** et une **inclusion numérique**, qui les éloigne encore davantage de **leurs droits**.

Plusieurs associations, comme **Pays'âge, maison des sages** et **l'ODTI Observatoire sur les Discriminations et les Territoires Interculturels**, ont été **auditionnées à l'Assemblée nationale et hors les murs pour alerter sur cette situation**.

Grenoble **refuse cette injustice**. Ce vœu demande leur reconnaissance et des **mesures concrètes** pour garantir **leur dignité**.

**Je vais donner lecture du**

**Vœu du groupe des élu-es Grenoble en Commun**

**Conseil municipal du 3 février 2025**

**Pour la dignité, la reconnaissance et la non-rupture des droits des Chibanis et Chibantias**

Madame, Monsieur,

Venus du **Maghreb** dans les années **1950 à 1970**, les **Chibanis** constituent cette génération d'immigrés **qui a répondu à l'appel de la France** pour venir travailler comme **ouvriers dans l'industrie, les mines, ou encore le bâtiment** durant la **reconstruction post-Seconde Guerre mondiale** et les « **Trente Glorieuses** ».

À Grenoble, cette **main d'œuvre étrangère** a participé à la **transformation** de notre territoire autour de la période **olympique**. **La Ville leur a d'ailleurs rendu hommage** à travers l'exposition « **Ils ont fait les Jeux** » lors du cinquantenaire des JO de 1968.

Aujourd'hui âgé-es de plus de **65 ans**, ces travailleur-euses sont devenus des « **Cheveux blancs** », ou des « **Chibanis** », en arabe dialectal et **mérite que la France leur exprime sa gratitude** en les **accompagnant** dignement dans leur retraite.

**De nombreux Chibanis, venus seuls, n'ont pas ou peu construit de réseau social en France et vivent aujourd'hui isolés, loin de leurs familles.**

Ils et elles font partie de ses **900 000 personnes âgées souffrant d'isolement** à cause **des actions insuffisantes de l'État** pour répondre aux besoins des populations vulnérables. **Invisibilisée, cette génération peine à faire valoir ses droits**, au point que les Chibanis ont été qualifiés de « **grands oubliés de l'intégration** » par **un rapport du Haut Conseil à l'Intégration en 2004** qui posait alors la question du **respect de ces personnes, de leur accès à la nationalité, de leur accès aux droits sociaux et au logement**.

Grenoble se **range auprès de ses habitant-es** en **dénonçant la vulnérabilité multifactorielle** de la population vieillissante de Chibanis. **À cause de conditions de vie précaires**, des parcours marqués par **la pénibilité des emplois**, le **bafouement de leurs droits par des employeurs peu scrupuleux**, des **périodes de chômage prolongées** et des **revenus modestes**, leur vie a été **semée d'embûches injustes**.

**En 2013**, c'est une **Mission d'information sur les immigrés âgés**, constituée par l'Assemblée nationale, qui pointait leurs **conditions de vie restées difficiles**. Beaucoup ont travaillé **dans des conditions où les cotisations sociales étaient insuffisantes**, ce qui entraîne aujourd'hui des **retraites très faibles**. Certains vivent encore dans des **foyers de travailleur-euses**, avec **des moyens limités** (ex-SONACOTRA).

Les **Chibanis** font face à de nombreuses **difficultés** : **la barrière de la langue, un accès limité aux soins**, à l'information et aux **services essentiels**. Les logements occupés par les Chibanis depuis **des décennies** sont souvent **usés, voire insalubres** et l'accès aux infrastructures

adaptées aux personnes âgées est **limité** par des **inégalités socio-spatiales fortes**. La **complexité des démarches administratives rendent difficile l'effectivité des droits, aggrave le risque d'isolement et de grande pauvreté**, touchant ainsi à des facteurs aggravants pour la santé physique et psychologique des personnes âgées.

Enfin, **l'invisibilité des Chibanias, femmes immigrées âgées**, souvent veuves, vivant de **pensions de réversion dérisoires révèle aussi une défaillance**.

**Le positionnement des gouvernements depuis dix ans n'ont eu de cesse de : réduire les droits sociaux, nier la dignité et précariser encore plus les Chibani-as en France. Il est nécessaire d'inverser la tendance et être à la hauteur du sacrifice des Chibanis et Chibanias pour le bien-être collectif**. Ils et elles ne doivent pas être oublié-es ni laissé-es dans la pauvreté.

**Le Conseil municipal de Grenoble demande au Président de la République et au Gouvernement :**

- **de rendre aux Chibanis et Chibanias une liberté d'aller et de venir entre leur pays d'origine et la France** en guise de **reconnaissance pour le travail accompli** et de **cesser les contrôles discriminatoires** sur toutes les personnes âgées immigrées ;
- **de permettre aux familles issues des pays d'origine de s'installer en France** pour accomplir la mission d'aidant-es auprès de leurs aîné-es, notamment **Grenoblois-es** ;
- **de garantir un service public d'accueil des étranger-ères au sein des Préfectures** pour faciliter **leurs démarches administratives** et éviter qu'elles ne soient captées et revendues par des **réseaux frauduleux**.

**Brigitte Boer**

**Groupe d'Opposition - Société Civile, Divers Droite et Centre**

Conseil municipal du 3 février 2025

**Intervention délibération #18 - 38143**

*Conventions de mise à disposition de locaux entre la ville de Grenoble et des associations du secteur culturel et conditions générales d'occupation de la salle Olivier Messiaen – document cadre et grille tarifaire associée.*

Monsieur le Maire, Mesdames, Messieurs,

J'ai lu avec attention cette délibération et en particulier tout ce qui a trait à la Salle Olivier Messiaen. La lettre que le délégué général des musiciens du Louvre vous a envoyée le 10 janvier dernier, et qui demandait la résiliation anticipée de la mise à disposition de la salle Messiaen à cause de graves difficultés financières, (difficultés qui sont peut-être une conséquence tardive de la suppression de leur subvention lors de votre arrivée aux commandes de la ville...) cette lettre, donc, évoquait la nouvelle mise à disposition restreinte des locaux de bureaux, ce que j'ai bien retrouvé dans les annexes de la délibération, l'inventaire du parc instrumental présent sur place, dont il est également question dans les annexes, mais la lettre vous demandait également « d'évoquer la situation particulière de Mme X, salariée en CDI à temps partiel, exclusivement dédiée à la salle et qui en connaît les moindres détails, comme elle connaît également tout des équipes associatives qui en sont utilisatrices. » J'ajouterai, ayant côtoyé cette personne à maintes reprises lorsque l'association que je présidais y présentait des spectacles, qu'elle est non seulement d'une grande efficacité, mais que sa gentillesse et son dévouement sont également remarquables.

Je n'ai trouvé nulle part dans cette délibération ce qu'il va advenir de cette personne... et cela m'inquiète au plus haut point.

J'ai bien compris que les associations pourraient continuer à utiliser la salle, avec une grille tarifaire qui me semble bien supérieure à ce qui existait, bien qu'il m'ait été répondu en commission que la seule augmentation était due au fait que le piano faisait maintenant partie intégrante de la location... Je ne suis pas vraiment convaincue... mais passons... En commission il m'a également été dit que toutes les associations avaient été contactées par la ville... Pas la mienne, et pourtant j'avais posé des options sur plusieurs dates pour 2025... Je ne dois pas être la seule... ou alors ce serait... de la discrimination ?

Lorsque les associations seront sur place, qui sera là pour les accueillir, les orienter, les aider avec compétence, puisque vous ne mentionnez nulle part la présence de la personne qui était là avant ? Sans elle et sans son talent, je ne sais pas comment cela pourra fonctionner sans problème...

J'ose espérer que, bien que vous n'en parliez pas dans la délibération, vous aurez à cœur de considérer la situation de cette personne avec toute la bienveillance et l'intelligence nécessaires et que nous pourrons encore à l'avenir profiter de ses lumières.

Je vous remercie

**Brigitte Boer**

**Groupe d'Opposition - Société Civile, Divers Droite et Centre**

Conseil municipal du 3 février 2025

**Intervention délibération #19 - 38142**

*Soutien aux opérateurs culturels – Attribution de subventions : contribution volontaire en nature.*

Monsieur le Maire, Mesdames, Messieurs,

En étudiant plus à fond cette délibération, je n'ai pas très bien compris si elle concernait uniquement les subventions pour affichage ou, puisque dans le gras de la délibération il est écrit : approuver les termes des avenants liant la ville de Grenoble et les opérateurs structurants qui bénéficient d'une subvention supérieure à 23 000 €, et comme le tableau joint fait par exemple apparaître une subvention de 55 000€ de la DAC aux Arts du Récit, si nous votons également cette subvention dans cette délibération ?

Je vous remercie

## CONSEIL MUNICIPAL DU 3 FÉVRIER 2025

### **Délibération n°25-(38223) - RAPPROCHEMENT ADMINISTRATIF DES DIRECTIONS DES GROUPES SOLAIRES JOSEPH VALLIER (MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE), JEAN JAURÈS (MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE), ET DES ÉCOLES CORNÉLIE GÉMOND (MATERNELLE) ET MENON (ÉLÉMENTAIRE).**

**Intervenante** : Christine GARNIER

**Groupe** : Grenoble en Commun

L'Éducation Nationale a sollicité la Ville pour engager une démarche de rapprochement administratif pour plusieurs groupes scolaires, dans un contexte de baisse des effectifs. L'objectif de l'Éducation Nationale est notamment d'améliorer l'attractivité des postes de direction par un temps de décharge consolidé (la décharge complète n'étant malheureusement accordée qu'à partir de 12 classes). Ces fusions n'entraînent aucun changement côté Ville, que ce soit dans l'organisation du périscolaire ou pour les dotations et subventions.

Dans le cadre du partenariat avec l'Éducation Nationale, il est proposé d'émettre un avis favorable à ces rapprochements pour les écoles maternelle et élémentaire Joseph Vallier, et pour les écoles maternelles Cornélie GEMOND et élémentaire MENON, dont les conseils d'école ont émis des avis favorables ou sans avis. En ce qui concerne les écoles maternelle et élémentaire Jean Jaurès, la situation actuelle est insatisfaisante puisque la maternelle n'a plus de direction (seulement un intérim) et la directrice de l'élémentaire n'est plus déchargée qu'à 50 %. La fusion permet à la directrice actuelle d'avoir une décharge complète et elle est volontaire pour assurer la direction globale après fusion. Le conseil d'école maternelle a émis un avis défavorable avec demande d'écrits, qui ont été envoyés. Une nouvelle réunion a permis de présenter ces écrits mais les parents délégués de la maternelle étaient absents, ce qui n'a pas permis un nouveau vote.

Plusieurs élus de la majorité ne voteront pas cette délibération pour exprimer les craintes qu'une fusion peut causer : taille d'école trop importante, surcharge de la direction, perte de la spécificité de l'école maternelle, ainsi que pour protester contre la poursuite de la politique lancée par le ministre Blanquer.

**Chérif Boutafa**  
**Groupe d'Opposition - Société Civile, Divers Droite et Centre**

Conseil municipal du 3 février 2025

**Intervention délibération #28 – 37246**

*Transformations, créations de postes et précisions sur certains postes.*

Monsieur le Maire,

Nous retrouvons la traditionnelle ouverture de postes aux contractuels, dans la droite lignée de votre politique de précarisation des emplois.

Ainsi on ouvre des emplois de chef de service, référent famille, coordinateur des recettes, animateurs, responsables d'unités... Tout y passe.

Il suffit de parcourir les services et rencontrer les agents pour se rendre compte que nombre d'entre eux attendent un coup de pouce à leurs carrières et l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour rappel, 130 agents promouvables sont en attente entre 2006 à 2023 et 110 agents attendent une promotion.

Mais à chaque conseil municipal c'est la même litanie.

Par ailleurs, puisque nous sommes sur une délibération qui concerne les agents, avez-vous des informations à nous communiquer sur la lettre transmise au procureur qui circule largement à propos du service des espaces verts ?

Je vous remercie.

**Alain Carignon**

**Groupe d'Opposition - Société Civile, Divers Droite et Centre**

Conseil municipal du 3 février 2025

**Intervention délibération #30 - 38515**

*Présentation des rapports d'observations définitives de la chambre régionale des comptes Auvergne Rhône- Alpes relatifs à la communication*

Monsieur le Maire, Mesdames, Messieurs,

Il y a ce que dit le rapport de la Chambre Régionale des Comptes, à savoir que, même si elles ont reflué en 2023 après l'explosion de 2022, les dépenses de communication demeurent élevées à Grenoble.

Il regrette que la stratégie de communication soit élaborée solitairement par le Maire, le flou artistique sur le tiers des places louées à la disposition de la municipalité pour les trois grands clubs, relève que vous avez sorti l'événementiel de la communication pour le rattacher à la culture, que des personnels du protocole relèvent de la communication.

La Chambre constate elle aussi que les très fortes dépenses de communication pour l'opération « capitale verte » n'ont pas produit de résultats en inflexion pour l'image de Grenoble. C'est un échec sur tous les plans, il n'en reste rien sur le terrain. Il s'agissait bien d'une opération politique personnelle sur le dos de la ville.

Ce que ne dit pas le rapport de la Chambre des Comptes puisque vous les dissimulez, ce sont les dépenses de communication dans les services qui est votre marque de fabrique. En effet vous créez de dizaines de postes de communicants lors des délibérations sur le

personnel. Sous des appellations diverses comme chargé de démocratie locale, de la condition animale, de l'agriculture urbaine, du développement territorial, ou de « référent famille » pour ne prendre que quelques exemples parmi d'autres.

Tous ces postes sont des postes de communicants de votre politique et ils ne sont pas comptabilisés dans la communication de la ville, ils n'entrent pas dans son coût.

Il y a ensuite les 16 agents du service dit de « coordination générale » qui comprend deux attachés de presse. Nous avons mis des mois à obtenir la composition de ce service et je dois rappeler aux grenoblois que nous n'avons jamais obtenu en 5 ans l'organigramme de la ville. C'est un document secret défense.

Si nous ne pouvons pas, les grenoblois non plus. C'est dire l'opacité qui entoure votre organisation. Ce n'est pas bon signe.

Nous constatons concernant ce fameux service de "coordination générale", qu'il ressemble tout à fait à un cabinet bis, s'ajoutant à celui qui est prévu dans les textes.

Je rappelle par exemple que c'est de ce service qu'était partie votre tentative avortée depuis d'assister aux vœux des communes pour votre campagne de la Métropole.

Je vous informe que nous saisissons, par l'intermédiaire d'un parlementaire, le Président de la Chambre Régionale des Comptes afin qu'il engage une enquête de ses services sur le service dit de "coordination générale" de la ville de Grenoble.

Je vous remercie.