

DES SERVICES INCLUS

Pour faciliter le quotidien de tous :

- Des réductions pour vos lunettes et audioprothèses grâce à nos réseaux d'opticiens et audioprothésistes partenaires, Kalixia
- L'assistance RMA : aide à domicile, prestations en cas d'immobilisation ou de maladie
- Téléconsultations avec la plateforme e-santé MAIIA : prise de rendez-vous avec vos praticiens ou téléconsultations 7j/7 et 24h/24
- Deuxième avis (www.deuxiemeavis.fr/mnt) est un service dédié au patient et à son médecin pour permettre à tous d'accéder à un haut niveau d'expertise médicale en cas de situation médicale complexe
- Le fonds d'action sociale : les membres participants peuvent bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement des frais de santé. En cas de situation de handicap ou de dépendance, ces aides peuvent également intervenir pour l'aménagement d'un domicile, d'un véhicule ou d'appareillage lié au handicap. Des aides exceptionnelles peuvent également être octroyées à la suite de catastrophes naturelles

VOS CONSEILLERS MNT VOUS ACCOMPAGNENT



Votre agence :

19 Rue Nicolas Chorier 38000 GRENOBLE



Contactez un conseiller MNT au 09 72 72 02 02

(prix d'un appel local du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)



Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75009 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Document à caractère publicitaire et non contractuel. Ne pas jeter sur la voie publique. Studio des Plantes Création. Crédit Photos : Livia Saavedra - Photographies retouchées. Septembre 2024



MNT SANTÉ

CONVENTION DE PARTICIPATION CENTRE DE GESTION DE L'ISERE

**"Mieux pour ma santé,
mieux pour mon budget."**

Sonia et ses collègues,
agents d'accueil de la ville de Biarritz



CDG 38

CENTRE DE GESTION DE L'ISÈRE
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

1^{re} mutuelle
des agents
des services
publics locaux

ÊTRE UTILE EST
UN BEAU MÉTIER



POURQUOI CHOISIR LA CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ ?

Les frais de santé peuvent peser lourdement sur votre budget et parfois vous amener à faire des choix difficiles, notamment en matière de soins dentaires, d'optique ou de frais chirurgicaux. Pour y répondre votre collectivité vous propose une convention de participation sur le risque « Santé » (mutuelle) comprenant quatre formules de couverture spécialement conçues et négociées collectivement pour offrir le meilleur rapport qualité-prix.

Cette convention de participation négociée par le Centre de gestion de l'Isère entre en vigueur au 1^{er} janvier 2027 pour une durée de 6 ans.

Elle garantit non seulement une protection étendue, mais aussi des cotisations maîtrisées dans le temps.

QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ?

Vous pourrez choisir parmi **quatre formules progressives** celle qui correspond le mieux à vos besoins.

Chacune des formules santé MNT intègre le dispositif 100 % Santé, qui garantit une prise en charge optimale sans reste à charge en optique, dentaire et audio-prothèses.

LES CONDITIONS D'ADHÉSION

- Pas de limite d'âge
- Pas de questionnaire médical
- Pas de délai de carence
- Pour les agents à la retraite, l'adhésion est possible sans condition, dès lors que la dernière collectivité du retraité, est souscriptrice de la convention.

QUI PEUT ADHÉRER ?

Peuvent adhérer au titre de la présente convention de participation proposée par le Cdg38 :

- Les bénéficiaires actifs en qualité d'agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet, y compris les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE), les agents détachés, les agents mis à disposition.
- Les bénéficiaires retraités en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur.
- Les bénéficiaires ayants-droit des actifs ou des retraités, qui sont dans l'une des situations suivantes :
 - Conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité
 - Personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité
 - Personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité
 - Enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est âgé de moins de 21 ans, ou âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi, ou reconnu en situation de handicap par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les bénéficiaires ayants-droit peuvent adhérer à tout moment au contrat collectif.



Peio et ses collègues, agents des espaces verts de la ville de Biarritz.

COMMENT ADHÉRER ?

L'adhésion peut se faire par retour d'un bulletin d'adhésion papier ou par **adhésion en ligne, simple, sécurisée et plus rapide**. Votre collectivité-employeur dispose d'un lien internet permettant votre adhésion. Il suffit de s'y connecter, renseigner ses informations personnelles et signer électroniquement.

COMMENT RESILIER VOTRE CONTRAT ACTUEL ?

Pour adhérer au contrat collectif du Cdg38, l'agent doit dénoncer son contrat santé actuel, la résiliation infra annuelle permet aujourd'hui une résiliation de son contrat à tout moment après un an d'ancienneté.

- ✓ Vous êtes adhérent à la MNT : résiliation prise en charge par la MNT. A noter que vous devez solliciter votre adhésion au préalable.
- ✓ Vous êtes adhérent à une autre mutuelle : vous devez vous renseigner auprès de l'organisme assureur
- ✓ Vous êtes bénéficiaire du contrat de votre conjoint ou d'un parent : le parent ou le conjoint titulaire du contrat doit se renseigner auprès de l'organisme assureur

LE CHANGEMENT DE GARANTIE

L'Assuré choisit l'un des niveaux prévus au tableau des garanties des conditions particulières. Il peut changer de niveau en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année. **La modification de garantie intervient le 1er du mois suivant le délai de 2 mois d'envoi de la demande.**

Maryse, ATSEM
de la ville de Sarcelles.

VOS AVANTAGES ADHÉRENTS

- Vous n'avez pas d'avance de frais grâce au tiers payant auprès d'un large panel de professionnels de santé
- Un espace adhérent en ligne pour déposer et suivre vos demandes de remboursements, consulter et télécharger vos documents, modifier vos informations personnelles, accéder à des services santé...
- Des conseillers de proximité, disponibles en agence ou par téléphone, pour vous aiguiller à tout moment.
- Vous pouvez également réaliser des bilans réguliers de vos besoins pour vous assurer que vous êtes correctement protégé.

QUELS SONT LES TARIFS MENSUELS PROPOSÉS ?

Renseignez-vous auprès de votre collectivité pour connaître le montant de la participation employeur.

La participation de l'employeur est à déduire des montants indiqués ci-dessous.

Grille des montants mensuels de cotisation TTC par personne				
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant (gratuité à compter du 3ème)	12,97 €	17,63 €	31,12 €	38,85 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	20,40 €	30,93 €	48,96 €	61,11 €
Adulte actif de plus de 30 ans à 40 ans inclus	28,36 €	39,56 €	61,02 €	76,17 €
Adulte actif de plus de 40 ans à 50 ans inclus	36,45 €	50,48 €	78,20 €	97,61 €
Adulte actif de plus de 50 ans	44,16 €	59,32 €	86,37 €	107,80 €
Retraité	62,45 €	79,82 €	132,60 €	165,51 €

COTISATIONS

- L'âge de l'adhérent détermine la tranche de cotisation des ayants droit.
- La structure de cotisation est Adulte/Enfant, par tranches d'âge.
- Les montants de cotisation s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties. Ainsi, et à titre d'exemple, pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant.
- Les cotisations évolueront de 3 % la 2ème et 3ème année (soit, en 2028 et 2029), hors évolution réglementaire, législative ou fiscale.
- La gratuité de la cotisation « enfant » s'applique à partir du 3ème enfant.
- La formule de garantie pour l'adhérent et ses ayants droit est identique.
- Le taux de cotisation change au 1er janvier suivant le 30ème, 40ème, 50ème anniversaire et au départ en retraite.

LES GARANTIES

TABLEAU DES GARANTIES SANTE

Soins courants Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr</i>				
Honoraires :				
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%

Soins courants

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Médicaments :

Médicaments à service médical rendu (SMR) majeur (65%)	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu (SMR) modéré (30%)	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu (SMR) faible (15%)	15%	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%

Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)

Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
Prothèses capillaires 100% santé (Classe II)	Remboursement intégral			
Fauteuils roulant 100% santé	Remboursement intégral			

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an) sur prescription	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) :	/	100 €	150 €	200 €

l'acupuncture, la chiropractie, la diététique, l'étiopathie, l'hypnothérapie, la mésothérapie, la micro-kinésithérapie, l'ostéopathie, les soins pédicures et podologues, la réflexologie, la psychothérapie, le recours aux psychologues, et aux psychomotriciens... professionnels inscrits au registre RPPS ou liste Adeli.

(*) comprend la prise en charge prothèses capillaires de classe II à prise en charge renforcée et la prise en charge du forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), tels que prévus aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

LES GARANTIES

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr>

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier et psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	30 €	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour, limité à 60 jours, par séjour)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	30 €	50 €

Optique

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement tous les 2 ans composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Équipement **100% santé** appartenant à une classe à prise en charge renforcée

Équipement complet  Remboursement intégral

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée

Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :

a) Équipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	380 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	550 €
c) Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	650 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	600 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	650 €
f) Équipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	650 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette; au-delà du forfait remboursement à hauteur de 100% BR (SS incluse)	100 €	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%	100%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	100 €	200 €	300 €	400 €

LES GARANTIES

Dentaire				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires praticiens non adhérent à un DPTAM	100%	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral			
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	200%	200%
<i>Plafond de remboursements (hors prise en charge du ticket modérateur) par assuré et par an (ce plafond concerne uniquement les actes pris en charge par la Sécurité sociale) :</i>				
	Néant	1 000 €	1 500 €	2 000 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	/	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	500 €
Aides auditives				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
<i>La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.</i>				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet	Remboursement intégral			
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €
Piles et accessoires	100%	100%	100%	100%

Autres prestations				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Soins thermaux (cures thermales)	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €	250 €
Assistance RMA PSC4	Oui	Oui	Oui	Oui
Deuxième avis médical	Oui	Oui	Oui	Oui
VIVOPTIM	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseaux de soins Kalixia	Oui	Oui	Oui	Oui