

QUELS SONT LES TARIFS MENSUELS PROPOSÉS ?

Votre participation financière vient en déduction de ces montants (agents en activité)

TARIFS 2026	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (gratuité à compter du 3 ^e)	21,06 €	27,88 €	34,30 €
Actif jusqu'à 30 ans	32,07 €	42,49 €	52,32 €
Actif de 31 à 40 ans	38,02 €	50,39 €	62,05 €
Actif de 41 à 50 ans	48,81 €	64,70 €	79,69 €
Actif de +50 ans	70,93 €	94,06 €	115,89 €
Retraité	96,86 €	120,47 €	148,45 €

Des services inclus pour faciliter le quotidien de tous

- › Espace employeur pour suivre les agents adhérents, les effectifs cotisants, les états de cotisations.
- › Espace adhérent pour que vos agents déposent et suivent leurs demandes de remboursements, trouvent un professionnel santé etc.

Vos contacts

- Guillaume BOURSEUL, responsable développement grands comptes / 06 46 49 68 90 (numéro réservé aux collectivités)
- conventionsantecdg22@mnt.fr
- 0 980 980 210

Agence MNT de Saint-Brieuc / 24 rue de Rohan / BP 64511 / 22045 SAINT-BRIEUX cedex 2

(1) (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 DES CÔTES D'ARMOR

“Mieux protégés,
nos agents réalisent mieux,
leur mission de service public.”

Fabrice, directeur général des services
de la ville de Brioude et ses agents.



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

ÊTRE UTILE EST
UN BEAU MÉTIER



POURQUOI CHOISIR LA CONVENTION SANTÉ MNT SÉLECTIONNÉE PAR VOTRE CDG ?

1. **Proximité** : un interlocuteur dédié pour vous accompagner localement
2. **Accompagnement** : mise à disposition d'outils pédagogiques et déploiement concerté avec vos services
3. **Accessibilité** : un espace de gestion digital 100 % sécurisé, pour réaliser vos opérations en toute autonomie.

Depuis 60 ans la MNT s'engage pour la protection sociale, la santé et le mieux-être au travail des agents territoriaux. Les dépenses de santé pèsent sur le budget de chacun et des renoncements aux soins primordiaux ne sont pas rares (soins dentaires, optique, frais chirurgicaux...).

Fort de ces constats, votre CDG propose aux collectivités et à leurs agents **une Convention de Participation Santé**, négociée collectivement au meilleur rapport qualité-prix.

LA CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ MNT

Pourquoi choisir la Convention de Participation Santé ?

Vous profitez de la mise en conformité réglementaire du CDG et évitez ainsi d'avoir à rédiger votre propre cahier des charges.

De plus, vous conservez le libre choix de montant de votre participation financière (à partir de 15 euros).

Enfin, vous montrez un signe fort de votre politique sociale en contribuant au pouvoir d'achat et à la motivation de vos agents en favorisant leur accès à des garanties de qualité.

QUEL EST L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MNT ?

En concertation avec vos services RH, la MNT met à disposition des dépliants d'information, un lien internet d'adhésion et peut organiser des réunions d'information.

La MNT répond aux sollicitations dans son agence locale, lors de rendez-vous téléphoniques, physiques ou en partage d'écran à distance.

Une adresse email dédiée à la convention de participation est aussi mise à disposition

Sonia, agent accueil
de la ville de Biarritz.

Document non contractuel

QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ?

Chaque formule de santé intègre le dispositif 100 % Santé, garantissant ainsi une prise en charge optimale. Chaque agent choisit parmi plusieurs formules progressives celle qui correspond le mieux à ses besoins.

L'adhérent bénéficie de réseaux de soins étendu, du tiers payant, de prestations d'assistance et de services ainsi que d'un espace en ligne pour gérer ses demandes de prestations, localiser un professionnel de santé, etc.

QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

- Tout agent de la collectivité qui souscrit à la convention de participation,
- Le personnel retraité dont vous étiez le dernier employeur (vous ne versez pas de participation financière aux retraités),
- Leurs ayants-droits tels que définis dans la notice du contrat.

COMMENT LES AGENTS VONT-ILS ADHÉRER ?

Un lien internet dédié aux adhésions en ligne de votre collectivité est fourni. Vous n'avez rien à faire, vos agents sont autonomes pour adhérer au dispositif.

TABLEAU DES PRESTATIONS – CONTRAT COLLECTIF SANTÉ

Centre de gestion des Côtes d'Armor

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		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
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			
Soins courants			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	100 €	150 €	200 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

TABLEAU DES PRESTATIONS – CONTRAT COLLECTIF SANTÉ

Centre de gestion des Côtes d'Armor

OPTIQUE – Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement 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 :			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet	Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une autre classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limitée à 100€ pour la monture)			
a) Equipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunettes	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100 %	100 %	100 %
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €
DENTAIRE			
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie			
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie			
Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €
AIDES AUDITIVES - La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet	Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une autre 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 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €
AUTRES PRESTATIONS			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Dépistage hépatite B	100 %	100 %	100 %
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100 %	100 %	100 %
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui