

Comment adhérer ?



Transmettez votre bulletin d'adhésion individuel accompagné de vos justificatifs auprès de la MNT à l'adresse suivante :
MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex

ou



Envoyez directement votre bulletin d'adhésion individuel et vos justificatifs en version numérique à l'adresse suivante :
« **conventionsantecdg31@mnt.fr** ».

Pour en savoir plus

AGENCE MNT DE LA HAUTE-GARONNE
7 rue de Périgord 31000 TOULOUSE

09 72 72 02 02

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

www.mnt.fr
conventionsantecdg31@mnt.fr



Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75 009 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.



CONTRAT COLLECTIF SANTÉ

CENTRE DE GESTION DE LA HAUTE-GARONNE



AVEC LA MNT,
CHOISISSEZ UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
QUI VOUS RESSEMBLE

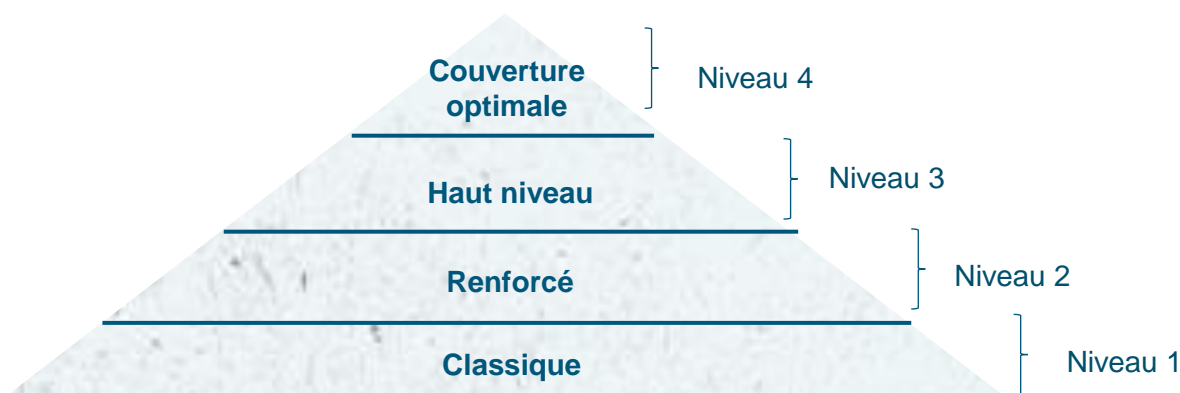
CDG31 CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE LA HAUTE-GARONNE



Une complémentaire santé adaptée à vos besoins et à votre budget

4 formules de garanties au choix

Choisissez votre niveau de remboursement sur l'ensemble des postes de santé :



Des services inclus pour faciliter votre quotidien



• **Pas d'avance de frais** : tiers payant généralisé (selon accords locaux).



• Des **réductions pour vos lunettes et audioprothèses** grâce à nos réseaux d'opticiens et audioprothésistes partenaires.



• **L'assistance** : aide à domicile, prestations en cas d'immobilisation ou de maladie

• Un **espace adhérents en ligne** pour déposer et suivre vos demandes de remboursements, consulter et télécharger vos documents, modifier vos informations personnelles, accéder à des services santé...

Qui peut adhérer ?

- Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès du Souscripteur ou mis à la disposition de celui-ci, et les agents détachés ou mis à la disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public,
- Fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en retraite.

VOS AVANTAGES

- ✓ Pas de limite d'âge à l'adhésion
- ✓ Pas de questionnaire médical à l'adhésion
- ✓ Versement des prestations sur le compte bancaire de l'adhérent
- ✓ Prélèvement des cotisations sur le salaire

Le montant des cotisations : TTC et par personne

Les niveaux de garantie peuvent être différents entre les assurés rattachés à une même adhésion.

Âge	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant *	17,39 €	23,12 €	29,86 €	41,94 €
Adulte de moins de 30 ans inclus	27,77 €	36,92 €	47,68 €	66,98 €
Adulte de plus de 30 ans & moins de 40 ans inclus	31,14 €	41,40 €	53,47 €	75,12 €
Adulte de plus de 40 ans & moins de 50 ans inclus	39,71 €	52,79 €	68,17 €	95,77 €
Adulte de plus de 50 ans & moins de 60 ans inclus	51,39 €	68,32 €	88,22 €	123,94 €
Adulte de plus de 60 ans	70,08 €	93,16 €	120,30 €	169,01 €
Retraité	75,05 €	103,51 €	133,66 €	181,01 €

* Gratuité à partir du 3^{ème} enfant.



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-dessus.

Les justificatifs

- ✓ **Votre RIB** préalablement scanné ou téléchargé via votre compte bancaire en ligne.
- ✓ **Votre numéro de matricule** inscrit sur votre bulletin de salaire.
- ✓ **Votre attestation de Sécurité sociale de moins de 3 mois** téléchargeable sur ameli.fr.
- ✓ **L'attestation de Sécurité sociale de vos bénéficiaires** si vous souhaitez couvrir vos proches.
- ✓ **Attestation Pôle emploi ou copie du contrat d'apprentissage pour les enfants.**
- ✓ **Copie de l'attestation de PACS** pour le partenaire ou **attestation sur l'honneur de concubinage** pour le concubin avec une **facture aux deux noms à la même adresse.**



N'oubliez pas de joindre l'ensemble des justificatifs demandés afin de pouvoir adhérer.

TABLEAU DES PRESTATIONS – CONTRAT COLLECTIF SANTÉ

CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA HAUTE-GARONNE

Les niveaux de garantie peuvent être différents entre les assurés rattachés à une même adhésion.

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits (*).

GARANTIES PRESTATIONS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Soins courants				
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 des 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	100 %	100 %	125 %	150 %
Analyse et examens de laboratoires	100 %	100 %	125 %	150 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments :				
Médicaments remboursés à 35% et 65%	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 15%	/	100 %	100 %	100 %
Vaccins	100 %	100 %	100 %	100 %
Contraception sur prescription	100 %	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiniques	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical :				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait complémentaire (par an) :				
Orthopédie	/	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	/	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	/	200 €	300 €	400 €
Santé mentale				
Dispositif MonParcoursPsy : Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires de psychologue non remboursés par l'assurance maladie (forfait par an)	50 €	80 €	120 €	150 €
Assistance psychologique par téléphone ou présentiel - inclus dans assistance RMA	Oui	Oui	Oui	Oui
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Substituts nicotiniques (par an), prescrits	100 €	150 €	150 €	150 €
Homéopathie (par an, par assuré et en complément du forfait Médecines douces)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an et par assuré) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues (professionnels affiliés à des répertoires professionnels type ADELI RPPS FINESS)	/	100 €	150 €	200 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité (conventionné ou non)				
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 %
Soins thermaux	100 %	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	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (selon article L174-4 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour et selon une durée non limitée). Ce forfait couvre les services maladie, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, ambulatoire et soins de suite.	50 €	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours/séjour)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	30 €	50 €

GARANTIES PRESTATIONS		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
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 :					
Équipement 100 % santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée	Remboursement intégral				
Équipement complet					
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 €	300 €	
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €	
c) Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €	
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 €	225 €	375 €	450 €	
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €	
f) Équipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €	
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire.	100 €	150 €	200 €	250 €	
Cumulable avec le forfait lunette					
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :					
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €	
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'oeil (par œil)	/	200 €	300 €	400 €	
Dentaire					
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :					
Honoraires - Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	150 %	
Traitement d'orthodontie	125 %	200 %	300 %	400 %	
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays) :	Remboursement intégral				
Panier de soins 100 % santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)					
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125 %	200 %	300 %	400 %	
Panier de soins aux tarifs libres	125 %	200 %	300 %	400 %	
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :					
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	400 €	
Traitement d'orthodontie (par année et par bénéficiaire)	/	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.					
Équipement 100 % santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée	Remboursement intégral				
Équipement complet					
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée					
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100 %	1 500 €	1 500 €	1 500 €	
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100 %	1 000 €	1 250 €	1 500 €	
Autres prestations					
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :					
Actes de prévention (7 actes) :					
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 (selon arrêté du 8 juin 2006)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :					
Allocation naissance ou adoption (par enfant)	/	250 €	250 €	250 €	
Assistance - RMA	Oui	Oui	Oui	Oui	

(*) Les forfaits incluent le Ticket Modérateur

(**) Vaccins (sur liste) : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B, Infections à Haemophilus influenza B, Infections invasives à méningocoque du sérogroupe C, Infections à pneumocoque, Oreillons, Rougeole, Rubéole

Réforme 100 % santé



Au terme de sa mise en application progressive de 2019 à 2021, la réforme du « 100 % santé » (dit aussi « reste à charge zéro » ou « Rac 0 ») doit faciliter l'accès pour tous à des équipements et soins essentiels sans reste à charge.

En choisissant un panier « 100 % SANTÉ », les soins et équipements seront intégralement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC).

L'utilisation des paniers A, B ou mixte ne donne pas le droit automatique au tiers payant !



Qui a droit au 100 % santé ?

Tous les bénéficiaires ayant souscrit à un contrat de complémentaire santé dit « responsable ».



Quels soins et équipements concernés ?

Le 100 % santé concerne :



L'optique



Le dentaire



L'audiologie

Mise en place de 2 classes d'équipements (verres et montures) :

PANIER 100% SANTÉ : permet le **remboursement intégral** par l'AMO et l'AMC à hauteur des PLV (prix limites de vente) :

- 30€ pour la monture
- entre 32,50€ et 170€ pour les verres.

PANIER TARIFS LIBRES : équipements remboursés sur la base du tarif de l'AMO et selon la garantie santé souscrite. La monture est plafonnée à 100€ dans le respect du contrat responsable.

PANIER MIXTE : composé d'une monture prise dans un panier et des verres dans un autre panier.
Exemple : une monture de panier B avec des verres du panier A.



1^{er} janvier 2020

Mise en place de 3 paniers d'équipement dentaire :

PANIER 100% SANTÉ : permet le **remboursement intégral** par l'AMO et l'AMC des bridges et couronnes.

La prise en charge dépendra :

- des caractéristiques de la prothèse
- de la localisation de la dent

PANIER TARIFS MAÎTRISÉS : permet de bénéficier d'un tarif plafonné pour un reste à charge modéré

PANIER TARIFS LIBRES : soins et équipements remboursés sur la base du tarif de l'AMO et selon la garantie santé souscrite.

1^{er} janvier 2020

Puis 1^{er} janvier 2021 pour les prothèses amovibles en dentaire

- Entre 2019 et 2021 : baisse progressive du prix des aides auditives
- RAC 0 effectif au 01/01/2021
- Mise en place de 2 paniers d'équipement :

PANIER 100% SANTÉ : permet le **remboursement intégral** par l'AMO et l'AMC

- 3 options minimum garanties
- 30 jours d'essai avant achat
 - 4 ans de garantie
- Renouvellement tous les 4 ans

PANIER TARIFS LIBRES : équipements remboursés sur la base du tarif de l'AMO et selon la garantie santé souscrite par l'adhérent.

- Montant cumulé AMO+AMC <= 1700€/oreille appareillée



1^{er} janvier 2021