

## DES SERVICES INCLUS

Pour faciliter le quotidien de tous :

- Réseaux de soins
- 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
- Téléconsultations avec la plateforme e-santé MAIIA : prise de rendez-vous avec vos praticiens ou téléconsultations 7j/7 et 24h/24,
- Deuxième avis.fr 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.
- Le service innovant Vivoptim pour permettre à chacun de prendre en main sa santé et d'agir au quotidien pour la préserver.



Contactez un conseiller MNT au **09 72 72 02 02**  
(prix d'un appel local du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)

**Agence MNT d'Aurillac** 57 bis rue Paul Doumer, 15000 AURILLAC  
Le lundi et le mercredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h



POUR EN SAVOIR PLUS,  
RENDEZ-VOUS SUR **MNT.FR**  
OU FLASHEZ CE QR CODE



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 DU CANTAL

“Mieux pour ma santé,  
mieux pour mon budget.”

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



1<sup>re</sup> mutuelle  
des agents  
des services  
publics locaux

ÊTRE UTILE EST  
UN BEAU MÉTIER



## POURQUOI CHOISIR LA CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ MNT ?

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 Mutuelle comprenant trois formules de santé spécialement conçues et négociées collectivement pour offrir le meilleur rapport qualité-prix.

Cette convention de participation est en vigueur à partir **du 1<sup>er</sup> janvier 2026**.

La convention négociée par le centre de gestion du Cantal vous permet de bénéficier non seulement d'une protection étendue, mais aussi de cotisations maîtrisées dans le temps.

Depuis 60 ans la MNT s'engage pour la protection sociale, la santé et le mieux-être au travail des agents territoriaux. Elle a à cœur de vous protéger au mieux avec une complémentaire santé spécifiquement pensée pour vous.

## LES CONDITIONS D'ADHÉSION

- Pas de limite d'âge
- Pas de questionnaire médical
- Pas de délai de carence
- Pour adhérer au contrat collectif du CDG15, 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.
- 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 CDG15 :

- Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL ou détachés
- Les fonctionnaires et les agents affiliés à l'IRCANTEC, de droit public et de droit privé
- Les agents mis à disposition de la collectivité adhérente si la collectivité dont ils dépendent l'autorise
- Les agents à la retraite pour leur dernière collectivité d'emploi
- Leurs ayants droit tels que définis dans la notice du contrat :

Le conjoint non séparé de corps, la personne liée par un pacs, le concubin

L'enfant du bénéficiaire ou de son conjoint, concubin, personne liée par un pacs, âgé de moins de 28 ans s'ils vivent au foyer et dans les conditions suivantes :

- ✓ Etudiants affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants
- ✓ Etudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur sous conditions
- ✓ En formation par alternance sous conditions
- ✓ Les handicapés percevant les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées.



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**. Un lien internet dédié aux adhésions en ligne de votre collectivité est fourni. Il suffit de s'y connecter, renseigner ses informations personnelles et signer électroniquement.

## QUELS JUSTIFICATIFS POUR ADHÉRER ?

Justificatifs à fournir annuellement pour les bénéficiaires (liste non exhaustive) :

- Pour les enfants, une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale et/ou une copie de l'avis d'imposition du membre participant
- Pour les enfants étudiants, un certificat de scolarité avec mention de leur appartenance au régime de la Sécurité Sociale
- Pour les enfants sous contrat d'apprentissage, une copie de ce contrat
- Pour le conjoint, une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale
- Pour le partenaire au titre d'un pacs, une copie de l'attestation du PACS établie par le greffe du tribunal d'instance ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale
- Pour le concubin, une attestation sur l'honneur de concubinage, une facture aux deux noms ou deux factures à chacun des noms à la même adresse, ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale
- Pour les enfants invalides, une copie de la décision de la Sécurité Sociale ou du justificatif de l'Allocation Adulte Handicapé ou de la carte mobilité inclusion

## QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ?

Vous pourrez choisir parmi trois 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.

En cours de convention, chaque agent peut choisir de changer de formule de garantie. A réception de la demande, le changement sera effectif dans le mois qui suit la demande, si celle-ci est réalisée avant le 15 du mois, et le mois d'après si elle est réalisée après le 15 du mois.

Cette prise d'effet peut se faire à tout moment de l'année, après la 1<sup>ère</sup> année de souscription. La modification est limitée à une fois par an sauf en cas de changement de situation familiale : mariage, pacs, concubinage, divorce, séparation, naissance et décès.

## 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.

TARIFS 2026	FORMULE BASIQUE N1	FORMULE ESSENTIELLE N2	FORMULE RENFORCEE N3
ACTIF - ISOLE	0,99%	1,48%	1,93%
ACTIF - DUO (Couple ou adulte + enfant)	1,79%	2,71%	3,54%
ACTIF - FAMILLE (Plus de 2 personnes)	2,51%	3,62%	5,05%
RETRAITE - ADULTE	1,79%	2,69%	3,50%
RETRAITE - ENFANT	0,55%	0,87%	1,10%

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au jour de l'émission de la cotisation. Sa valeur est fixée par décret tous les ans au 1er janvier.  
Valeur au 1/01/2025 : 3925 €.



Maryse, ATSEM  
de la ville de Sarcelles.

## COTISATIONS

- La formule retenue par l'adhérent s'appliquera à l'ensemble des ayants droit
- Toute sortie de bénéficiaire du contrat est définitive

## 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 pour s'assurer que vous êtes correctement protégé.

# LES GARANTIES

Chaque agent choisit la formule de garantie qu'il souhaite lors de son adhésion.

La formule de garantie s'applique à l'ensemble des personnes concernées par l'adhésion.

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

	Niveau de garanties		
	Formule Basique N1	Formule Essentielle N2	Formule renforcée N3
<b>Soins courants</b>			
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
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 : <a href="http://annuaire.sante.ameli.fr">http://annuaire.sante.ameli.fr</a>			
<b>Honoraires :</b>			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	150%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	130%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	130%	150%
Analyse et examens de laboratoires	100%	130%	150%
Frais de transport	100%	130%	150%
<b>Médicaments :</b>			
Médicaments remboursés à 35% et 65%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 15%	-	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
<b>Matériel médical :</b>			
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%
Orthopédie	-	200 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	-	200 €	400 €
Grand appareillage	-	200 €	400 €
<b>Santé mentale et médecines douces :</b>			
Participation assurée actes non remboursés par l'assurance maladie > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti
Médecines douces (par an et par assuré) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues (professionnels affiliés à un système d'identification national des professionnels de santé (ADELI RPPS FINISS), ou autre registre national de la spécialité	-	100 €	150 €
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité (conventionné ou non)</b>			
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100% + 150 €	100% + 200 €
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Participation du patient actes > 120 Euros	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier (selon article L174-4 CSS)	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier psychiatrie	100% FR	100% FR	100% FR
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. Pour la Psychiatrie : durée limitée à 3 mois	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours/séjour)	-	30 €	40 €
Amniocentèse	-	30 €	40 €

	Niveau de garanties		
	Formule Basique N1	Formule Essentielle N2	Formule renforcée N3
<b>Optique</b>			
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).			
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
<b>Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>			
Equipement complet	<b>Remboursement intégral</b>		
<b>Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée</b>			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 €	225 €	375 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire.	100 €	150 €	200 €
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	-	150 €	200 €
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'oeil (par oeil)	-	200 €	400 €
<b>Dentaire</b>			
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Honoraires - Soins dentaires	100%	130%	150%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	400%
<b>Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays) :</b>			
Panier de soins <b>100% santé</b> sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	<b>Remboursement intégral</b>		
Panier de soins <b>aux tarifs maîtrisés</b>	125%	250%	400%
Panier de soins <b>aux tarifs libres</b>	125%	250%	400%
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Prothèses dentaires (par prothèse et par an)	-	250 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par année et par bénéficiaire)	-	250 €	400 €
Parodontologie (par an)	-	100 €	250 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	-	100 €	300 €
<b>Aides auditives</b>			
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
<b>Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>			
Equipement complet	<b>Remboursement intégral</b>		
<b>Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée</b>			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	1 000 €	1 250 €
<b>Autres prestations</b>			
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)			
	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Allocation maternité ou adoption (par enfant)	-	250 €	300 €

(\*) Les forfaits incluent le Ticket Modérateur