

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.

Les bénéficiaires adhèrent à un niveau identique ou à des niveaux différents par bénéficiaire(s) rattaché(s) à l'adhésion de l'agent.

TARIFS 2026	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (gratuité à compter du 3 ^e)	24,23 €	29,92 €	35,88 €
Actif jusqu'à 30 ans	36,46 €	45,07 €	54,08 €
Actif de 31 à 40 ans	43,40 €	53,66 €	64,40 €
Actif de 41 à 50 ans	54,97 €	68,00 €	81,64 €
Actif de plus de 50 ans	80,21 €	99,25 €	119,18 €
Retraité	105,32 €	130,36 €	156,55 €



Contactez un conseiller MNT au **09 72 72 02 02**

(prix d'un appel local du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)¹

Agence MNT de Gap

90 Boulevard Georges Pompidou 05000 GAP

Mail : cdg04-convsante@mnt.fr



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



Trouvez une agence et prenez- rendez-vous sur
mnt.fr/mon-agence

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 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE



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

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



1^{re} 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 3 formules de santé spécialement conçues et négociées collectivement pour offrir le meilleur rapport qualité-prix.

Cette convention de participation est en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026. Les conventions négociées par le Centre de Gestion des Alpes-de-Haute-Provence garantissent non seulement une protection étendue, mais aussi des 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. Au-delà de la prise en charge des soins elle agit au quotidien pour faciliter l'accès à la santé que ce soit par des services et assistances inclus ou des actions de prévention pour votre bien-être au travail comme à la maison.

QUI PEUT ADHÉRER ?

- Tout agent d'une collectivité qui adhère à la convention de participation,
- Le personnel retraité
- Leurs ayants-droit tels que définis dans la notice du contrat,

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.

COMMENT ADHÉRER ?

L'adhésion peut se faire par retour d'un bulletin d'adhésion papier ou par adhésion en ligne. 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.

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.



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, prise en charge à 100 % par la MNT.
- 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 service innovant Vivoptim pour permettre à chacun de prendre en main sa santé et d'agir au quotidien pour la préserver.

LE + TERRITORIAL QUI FAIT LA DIFFÉRENCE

- Une mutuelle dédiée aux agents territoriaux
- Des services dédiés à votre vie professionnelle :
 - Pour vous informer sur votre statut ou sur des aspects juridiques et vous accompagner en cas de mutation
 - Pour vous donner les clés pour limiter votre anxiété (prévention de l'épuisement, soutien psy)
- Des aides exceptionnelles via l'action sociale
- Toute l'info santé et services territoriaux sur le site MNT.fr

LES GARANTIES

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

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 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>

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 prise en charge par l'Assurance maladie sur prescription	100%	100%	100%

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) : 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, psychomotriciens et aux reflexologues	100 €	150 €	200 €
affiliés à des répertoires professionnels type ADELI RPPS FINESS ou inscrits au registre national de la spécialité			
Substituts nicotiniques non pris en charge par l'Assurance maladie	150 €	150 €	150 €

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

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>

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 effectués en milieu hospitalier	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 (article L174-4 CSS)	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 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

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition tous les deux ans 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 classe autre que celles à prise en charge renforcée

Remboursement de l'équipement (limité 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.	150 €	200 €	250 €
Cumulable avec le forfait lunette			
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				
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			
	0	N1	N2	N3
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 et tout acte lié à l'implantologie non pris en charge par l'Assurance maladie (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
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			
Équipement complet	Remboursement intégral		
Équipement 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 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

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
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
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui
Deuxième avis médical	Oui	Oui	Oui
Parcours Sport Santé et Santé Mentale (VIVOPTIM)	Oui	Oui	Oui

Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006), La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes : 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire. 2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). 3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans. 4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). 5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). 6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.