

Protection sociale complémentaire volet santé

Réunions d'information
3, 9 et 10 septembre 2025



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

ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER



Ordre du jour



1. **Réforme de la Protection sociale complémentaire**
2. **Présentation de l'offre**
3. **Rappel des fondamentaux**
4. **Les garanties**
5. **Les services associés**
6. **Les tarifs**
7. **Les formalités d'adhésion**



1. Réforme de la Protection Sociale Complémentaire

CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

- Code général de la fonction publique ;
- Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ;
- Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ;
- Décret n° 2011-1474 modifié du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

Réforme de la Protection Sociale Complémentaire

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE (PSC) = protection, dont le bénéficiaire est l'agent, venant en complément du versement des prestations financières prévues par le statut de la fonction publique et celles du code de la sécurité sociale.

La PSC concerne deux volets :

Le **risque prévoyance** = maintien de la rémunération des agents, en complément de la protection statutaire, dans le cadre d'une incapacité temporaire de travail, d'une invalidité, d'inaptitude ou de décès ;

Le **risque santé** = **remboursement de soins de santé, non pris en charge ou partiellement pris en charge par la sécurité sociale**, liés à l'indisponibilité physique (maladie, accident) ou à la maternité (= mutuelle) ;

La réforme a pour enjeux :

- **l'avancée sociale** au bénéfice des agents actifs et retraités de la fonction publique territoriale ;
- **l'harmonisation avec le secteur privé** et, ce faisant, **l'implication renforcée** des employeurs dans la prise en charge du coût de la protection sociale complémentaire pour les agents ;
- **l'attractivité** de l'engagement pour le service public.

Réforme de la Protection Sociale Complémentaire

L'obligation de prise en charge par l'employeur, sur la base d'un montant de référence fixé par décret **est de, minimum :**

- **15 euros brut / mois** (50% de 30 euros (montant de référence)) pour le volet santé ;

DATE D'EFFET = 1^{er} janvier 2026

Le montant de la participation versée par l'employeur peut être **modulée** :

- Au regard du revenu des agents
- Au regard de la situation familiale des agents



Exclusion de tout autre critère de modulation

Pas de prorata en fonction du temps de travail de l'agent
Pas de condition d'ancienneté

Exemple de modulation sur la base de la situation familiale de l'agent

- **Montant de la participation fixé à 20 € par agent**
- **Participation complémentaire de 5 €** si l'agent est marié ou pacsé
- **Participation complémentaire de 5 €** par enfant composant le foyer

Exemple de modulation sur la base du revenu des agents

- **Montant de la participation fixé à 30 €** pour les agents rémunérés sur la base d'un **indice majoré compris entre l'IM 361 et l'IM 420**
- **Montant de la participation fixé à 20 €** pour les agents rémunérés sur la base d'un **indice majoré supérieur à l'IM 420**

Réforme de la Protection Sociale Complémentaire

La mise en place de la participation employeur peut intervenir soit :

- Par la procédure de **convention de participation** qui implique une mise en concurrence pour sélectionner un contrat auprès d'un opérateur (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise d'assurance). La participation financière n'est versée qu'aux agents adhérant à ce contrat.
- Par la procédure de labellisation. La participation financière est versée à tout agent rapportant la preuve de la souscription d'un contrat ou règlement labellisé.



Ces deux procédures ne peuvent être mises en œuvre simultanément pour les mêmes risques au sein d'une collectivité. Choix nécessaire.

Réforme de la Protection Sociale Complémentaire

Elle fait évoluer le rôle des centres de gestion dans leur mission relative à la protection sociale complémentaire.

- Les centres de gestion ont désormais l'obligation de conclure pour le compte des collectivités territoriales des **conventions de participation** en matière de protection sociale complémentaire.
- Les collectivités territoriales peuvent faire le choix :
 - de la convention de participation avec soit,
 - Adhésion au **contrat collectif de la convention de participation prévoyance proposée par le CDG**
 - Mise en place de leur propre convention de participation santé (contrat collectif)
 - de la labellisation

Pourquoi intégrer la convention Santé en tant qu'employeur ?

Dispositif piloté et accompagné
par le CDG de la Corrèze



Prestations, services et tarifs négociés

Mutualisation de la convention à l'échelle
départementale



Maîtrise de l'évolution tarifaire
sur la durée de la convention

Mise en œuvre facilitée des nouvelles
obligations de financement de la PSC de vos
agents



Lisibilité de l'offre, échanges avec un même
organisme et une conformité du contrat aux
conditions de solidarité

Bénéficier d'un accompagnement sur-mesure
par la MNT au sein de votre collectivité



Référent de proximité tout au long du contrat,
information personnalisée aux agents,
extranet sécurisé...

Permettre aux agents de se protéger
ou de renforcer leur couverture



Contribuer au bien-être de vos agents et à
l'efficacité du service rendu à l'utilisateur

Réforme de la Protection Sociale Complémentaire

- Consultation des représentants des organisations syndicales et des représentants employeurs
 - **Résultats des réunions du groupe de travail**
 - **Adhésion facultative des agents**
 - **Garanties discutées et définies sur quatre niveaux**
 - **Grille tarifaire par âge**
- Appel d'offres lancé le 11 avril 2025 comprenant les données statistiques de **217** collectivités :
 - 200 collectivités affiliées de moins de 50 agents
 - 13 collectivités affiliées de plus de 50 agents
 - 4 collectivités non affiliées

Soit un potentiel de

18 792 bénéficiaires (agents + ayants droits)

Réforme de la Protection Sociale Complémentaire



Réforme de la Protection Sociale Complémentaire

Pour les collectivités et établissements rattachés au CST du CDG

ETAPE 3 – Saisine du CST – Dates de séance de l'instance :

16 SEPTEMBRE

14 OCTOBRE

25 NOVEMBRE



La saisine du CST doit intervenir le plus tôt possible une fois votre décision prise pour pouvoir :

- Programmer votre Conseil le plus rapidement ensuite
- Permettre à vos agents de prendre connaissance des garanties et d'adhérer au contrat

2. PRÉSENTATION

LA MNT

Depuis 60 ans, la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) s'engage pour la protection sociale, la santé et le mieux-être au travail des agents territoriaux. Comme les agents des services publics locaux, elle place l'utilité au cœur de son action quotidienne et milite pour un égal accès à des soins de qualité.

Sa raison d'être : être aux côtés des agents territoriaux, car la MNT considère que les services publics locaux sont essentiels à la population.

Son offre : une protection sociale complémentaire adaptée au statut d'agent territorial, en santé et en prévoyance.

Chiffres clés 2024

1^{re}

mutuelle des
agents des services
publics locaux

1 145

délégués représentent
les adhérents

+ de

1M

de personnes
protégées

94

agences réparties
sur toute la France

+ de

6M

d'euros dédiées aux
aides sociales chaque
année

Au-delà des couvertures en santé et en prévoyance, la MNT propose aux agents territoriaux **des garanties d'assurance et de nombreux services selon leur situation et leur budget**. Ses adhérents, via le Groupe VYV, ont accès à un large réseau mutualiste de soins et de services.

PRÉSENTATION

GROUPE VYV : MUTUALISTE, SOLIDAIRE ET PROCHE

La MNT est la mutuelle de référence des services publics locaux du Groupe VYV.

1^{er} acteur mutualiste de santé et de protection sociale en France, le Groupe VYV œuvre au quotidien pour être utile à tous et à chacun tout au long de leur vie.

Acteur engagé, le Groupe VYV innove et anticipe pour construire une société plus équitable et socialement responsable. Il s'affirme comme **un véritable entrepreneur du mieux-vivre**.

10,8

Millions de personnes protégées

Près de

2 600

élus parmi les adhérents

1 200

centres optiques et auditifs « Ecouter Voir » du réseau de soin Kalixia, partout en France

1 700

établissements de soins et d'accompagnement

150

centres mutualistes VYV dentaires partout en France.

Et des structures et des services de soins et d'accompagnement, pour accéder à un panel d'offres.

BILAN DEPARTEMENTAL SUR LA PARTICIPATION

COLLECTIVITES ADHERENTES MNT

**8 collectivités
de + de 150 agents**

**11 collectivités
de 50 à 150 agents**

**219 collectivités
de moins de 50 agents**

**20% des collectivités
participent**

**76% des participations > 15 €
24% des participations < 15 €**

**Participation moyenne
23 € par mois**

Présentation de l'offre



**Convention à adhésion facultative
01/01/2026 pour 6 ans**



PROMOTION DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION :

- Supports de communication
 - Réunions employeurs
- Réunions agents, permanences

GESTION DES ADHESIONS :

- Adhésion employeurs
- Adhésion en ligne agents

MISE EN GESTION :

- Cotisations
- Prestations

PORTAGE DES RISQUES :

- Suivi technique
- Exigences de solvabilité
- Conformité réglementaire

PILOTAGE ET SUIVI DU DISPOSITIF :

- Reporting, suivi technique et comptes de résultats
 - Plan de communication annuel...

Quels agents peuvent adhérer ?

Agents de collectivité	Bénéficiaires
Titulaires & stagiaires CNRACL	Conjoint, partenaire de PACS, concubin (même domicile)
Agents de droit public, de droit privé	Enfants de moins de 21 ans
Agents en détachement, en disponibilité	Enfants de moins de 25 ans avec justificatifs (étudiants, formation, chômage...)
Agents retraités	

Les garanties



4 niveaux de garanties pour une offre qui s'adapte aux besoins de chaque agent

Niveau 1

Bénéficiez de remboursements sur tous les postes de santé

Niveau 2

Renforcez les remboursements sur l'ensemble des soins.

Niveau 3

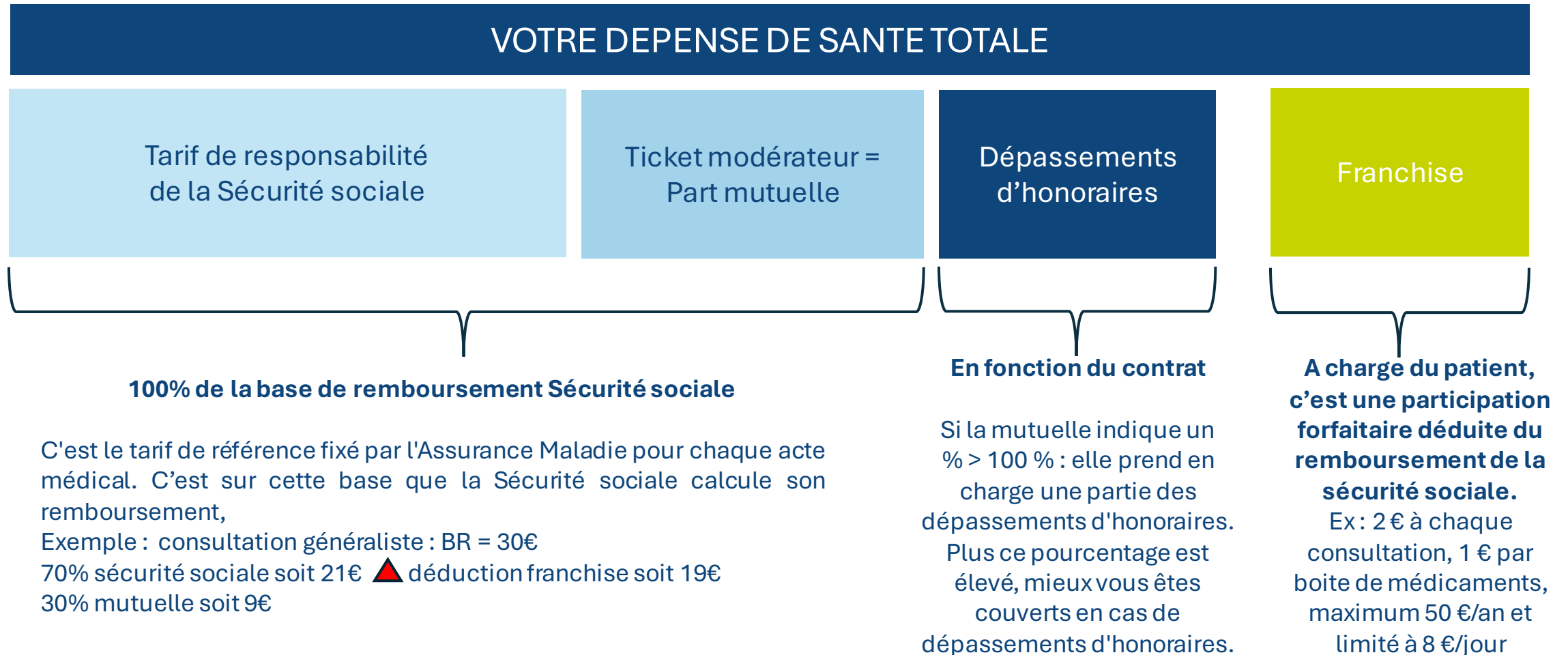
Renforcez davantage les remboursements sur l'ensemble des soins

Niveau 4

Soyez couvert au maximum, quoi qu'il arrive

3. Rappel des fondamentaux

Face à une dépense de santé, qui la prend en charge ?



Rappel des fondamentaux

LA STRUCTURE D'UN TABLEAU DE PRESTATIONS

Tous les tableaux sont structurés par catégorie de soins. Ce sont les grandes familles pour lesquelles la mutuelle intervient. On y retrouve généralement :

Consultations médicales : Médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses, radiologie

Hospitalisation : Frais de séjour, honoraires, chambre particulière.

Optique / Dentaire / Aides auditives : Lunettes, soins courants (détartrage), prothèses, orthodontie, appareillages auditifs

Pharmacie : Médicaments.

Médecines douces, prévention et les assistances : Ostéopathie, chiropractie, etc, Dépistages, vaccins (si inclus).

COMMENT LE LIRE

- 1 - Repérez la catégorie de soins
- 2 - Trouvez la ligne correspondante :
- 3 - Interprétez le niveau de remboursement

100% santé : l'assuré aura le choix parmi plusieurs offres

Le professionnel de santé devra remettre 2 devis : une offre sans reste à charge et une offre à prix libre



Optique

- 1 Des lunettes remboursées intégralement, équipées de verres de qualité et avec un choix de monture suffisant
- 2 Des lunettes à prix libres remboursées dans la limite des plafonds contrats responsables
- 3 Des lunettes dont seule la monture ou les verres sont intégralement pris en charge



Dentaire

- 1 Des prothèses dentaires fixes et amovibles prises en charge intégralement

ou

- 2 Des prothèses dentaires fixes et amovibles à prix libres



En fonction du choix du matériau et/ou de la position de la dent



Audiologie

- 1 Une aide auditive de qualité (3 options de base) remboursée intégralement
-
- 2 Une aide auditive avec des options supplémentaires à prix libre remboursée à hauteur de 1700 € maximum (plafond contrat responsable)

Qu'est-ce que l'OPTAM ?

Mise en place en 2017, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée est un accord entre l'Assurance Maladie et les médecins conventionnés de secteur 2.

Lorsqu'il est signé par les deux parties, cet accord oblige les praticiens à pratiquer des **tarifs encadrés**.

La sécurité sociale rembourse les consultations des médecins adhérents à l'OPTAM de la même façon que celles effectuées par des médecins de secteur 1.

Des exemples de tarifs et de remboursements pour mieux comprendre

Médecin généraliste	Tarif d'une consultation	Remboursement de la Sécurité sociale
Conventionné de secteur 1	30 €	19 € ⁽¹⁾
Conventionné de secteur 2 (OPTAM)	Tarifs libres encadrés	19 € ⁽¹⁾
Conventionné de secteur 2 (non-OPTAM)	Tarifs libres non-encadrés	14,10 € ⁽²⁾
Conventionné de secteur 3	Tarifs libres non-encadrés	0,61 € ⁽³⁾

L'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) concerne uniquement, comme son nom l'indique, les chirurgiens ou les gynécologues-obstétriciens

4. Les garanties

Soins courants, médicaments et médecines douces



Les + MNT

Dépassements d'honoraires dès le niveau 2

Pharmacie prescrite remboursée à 100 % panier automédication dès le niveau 1

Médecines douces forfait annuel jusqu' à 200 € par personne

Soins courants

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM) 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>.

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 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
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 C5S)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	100%	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	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%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pharmacie homéopathique (par an)	25 €	50 €	75 €	100 €
Automédication sans prescriptions médicales (par an)	25 €	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	50 €	100 €	150 €	200 €

Les garanties – Exemple de remboursements

Soins courants

Sophie se rend chez son médecin généraliste adhérent DPTAM. Sa consultation lui coute 50 € et la base de remboursement de la sécurité sociale est de 30 euros.

Niveau 1 100%	21€ <i>Sécurité sociale (70 %)</i>	9 € <i>MNT (30%)</i>	20 € <i>Reste à charge hors franchise</i>
Niveau 2 125%	21€ <i>Sécurité sociale (70 %)</i>	16,50€ <i>MNT (55% maximum)</i>	12,50 € <i>Reste à charge hors franchise</i>
Niveau 3 150%	21€ <i>Sécurité sociale (70 %)</i>	24 € <i>MNT (80 % maximum)</i>	5 € <i>Reste à charge hors franchise</i>
Niveau 4 200%	21€ <i>Sécurité sociale (70 %)</i>	29 € <i>MNT (130 % maximum)</i>	0 € <i>Reste à charge hors franchise</i>

Les garanties

Hospitalisation, chirurgie et maternité



Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
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, DPTAM,...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr				
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 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	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 €



Les + MNT

Frais accompagnant enfant -16ans jusqu'à 40€/jour

Chambre particulière de 50 à 80€/jour

Dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux dès le niveau 2

Les garanties – Exemple de remboursements

Acte chirurgical

Sophie doit subir une intervention chirurgicale, son chirurgien est DPTAM.

L'intervention lui coute 529,80 € dont 200 € de dépassement d'honoraires et la base de remboursement de la sécurité sociale est de 329,80 €.

Niveau 1 100%	329,80€ <i>Sécurité sociale (100 %)</i>	0€ <i>MNT (0%)</i>	200€ <i>Reste à charge</i>
Niveau 2 150%	329,80€ <i>Sécurité sociale (100 %)</i>	164,90€ <i>MNT (50% maximum)</i>	35,10 € <i>Reste à charge</i>
Niveau 3 200%	329,80€ <i>Sécurité sociale (100 %)</i>	200 € <i>MNT (100 % maximum)</i>	0 € <i>Reste à charge</i>
Niveau 4 250%	329,80€ <i>Sécurité sociale (100 %)</i>	200 € <i>MNT (150 % maximum)</i>	0 € <i>Reste à charge</i>

Les garanties

Optique

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 R871-2 du code de la Sécurité sociale).				
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 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Equipement 100% santé appartenant à une dalle à prise en charge renforcée				
Equipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipement appartenant à une dalle autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement de l'équipement (limité à 100 € pour la monture)				
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	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)	/	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'oeil (par oeil)	/	200 €	300 €	400 €



Les + MNT



Prise en charge de l'équipement optique jusqu'à 600 € avec verres progressifs

Prise en charge des lentilles remboursées dès le niveau 1 et des lentilles non remboursées dès le niveau 2

Chirurgie de l'œil jusqu'à 400 € /œil

Les garanties

Dentaire 

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 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires 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 (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
>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 semestre)	/	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	500 €



Les + MNT



Orthodontie jusqu'à 400 %

Prothèses jusqu'à 400 %

Implantologie jusqu'à 500 € par implant

Parodontologie jusqu'à 350 € par an

Les garanties

Aides auditives et autres prestations



Aides auditives				
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
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 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Equipement 100% santé appartenant à une dalle à prise en charge renforcée				
Equipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipement appartenant à une dalle 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				
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 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
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%	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	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti



Les + MNT



Forfait jusqu'à 1500 € par oreille

Allocation enfant dès le niveau 1

Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation

Assistances nombreuses : écoute, conseil, accompagnement psycho-social...

5. Le réseau de soins et les services inclus

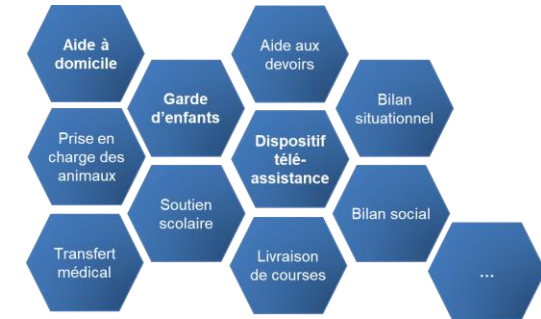


Des tarifs négociés et des équipements de qualité sans avance de frais

- Tiers payant généralisé, donc pas d'avance de frais
- Garanties et dispositifs 100 % Santé, donc accès à des soins, lunettes et appareils sans reste à charge
- Réductions et tarifs préférentiels
- Géolocalisation par l'espace adhérent



Une assistance variée en fonction des aléas de la vie



La téléconsultation par le groupe VYV



Téléconsulter avec un médecin sans RDV, en quelques clics

Téléconsulter



Trouvez votre lieu de vaccination près de chez vous avec Maiia

Rechercher



Consulter toutes les informations de vos médicaments

Consulter



16 millions d'adhérents en 2024

20 000 Professionnels de santé sur l'agenda Maiia & **60 000** rdvs/j

200 médecins en 24/7 accessibles en moins de 15'

> Intégration dans les espaces adhérents de nos clients par SSO



Prévention sur mesure pour les employeurs

Le réseau de soins et les services inclus



Partageant des valeurs communes et une vision d'avenir, la Mutualité Française Dordogne, la Mutualité Française Limousine et la Mutualité Française Vienne ont choisi de se rapprocher au 1er janvier 2025, donnant ainsi naissance à VYV 3 Cœur d'Aquitaine.

VYV 3 Cœur d'Aquitaine propose une large gamme de services de soins et d'accompagnement mutualistes allant de l'accueil du jeune enfant jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Organisme à but non lucratif reconnu d'utilité publique, sa vocation est de proposer des soins et services de qualité accessibles à tous en Corrèze, Creuse, Dordogne, Vienne et Haute-Vienne. Résolument tournée vers l'avenir, notre union innove sans cesse afin de répondre aux grands enjeux de demain dans les champs de la santé et du médico-social.



Optique



Audition



Dentaire



Médecine
générale



Services à la
personne



Pharmacie



Enfance



Rééducation
Réadaptation



Personnes
âgées



Handicaps



Hébergement

VOTRE OFFRE

L'ACTION SOCIALE, NOTRE ADN MUTUALISTE

La solidarité est la raison d'être de la MNT.

Nous mettons à disposition de nos adhérents un fond d'action social

Handicap / Dépendance

- Aides exceptionnelles pour participer au financement d'un aménagement de domicile, de véhicule ou d'appareillage lié au handicap
- Plus de 150 000 euros versés ces 5 dernières années

Catastrophes naturelles

- Aides exceptionnelles lors d'intempéries reconnues catastrophes naturelles
- 85 000 euros versés ces 5 dernières années

6. Les cotisations mensuelles 2026

Grille des montants de cotisation TTC par personne				
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant (gratuité à compter du 3ème)	18,53 €	27,68 €	34,13 €	40,94 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	26,62 €	33,49 €	46,45 €	55,72 €
Adulte actif de 31 à 40 ans inclus	31,72 €	39,91 €	55,37 €	66,42 €
Adulte actif de 41 à 50 ans inclus	40,26 €	50,64 €	70,26 €	84,27 €
Adulte actif de 51 à 60 ans inclus	52,90 €	62,39 €	87,19 €	104,59 €
Adulte actif de plus de 61 ans inclus	75,92 €	89,54 €	125,16 €	150,13 €
Retraité	80,33 €	94,67 €	132,30 €	158,71 €



Les montants indiqués ne tiennent pas compte de la participation financière de votre employeur.

Les cotisations sont prélevées sur votre salaire.

Les bénéficiaires adhèrent au même niveau de garantie que l'assuré principal.

A titre d'exemple, avec participation 20 € par la collectivité

Agent de 29 ans, qui adhère au contrat.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Cotisation	26,62 €	33,49 €	46,45 €	55,72 €
Participation employeur	- 20 €	- 20 €	- 20 €	- 20 €
Reste à charge	6,62 €	13,49 €	26,45 €	35,72 €



Un agent de 45 ans, qui adhère au contrat avec sa conjointe de 42 ans et ses 3 enfants (gratuité 3 enfants et plus).

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
117,58 €	156,64 €	208,78 €	250,42 €
- 20 €	- 20 €	- 20 €	- 20 €
97,58 €	136,64 €	188,78 €	230,42 €

Agent de 55 ans, qui adhère au contrat avec sa conjointe de 62 ans

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
128,82 €	151,93 €	212,35 €	254,72 €
- 20 €	- 20 €	- 20 €	- 20 €
108,82 €	131,93 €	192,35 €	234,72 €

Agent retraité de 67 ans, qui adhère au contrat avec sa conjointe de 61 ans

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
156,25 €	184,21 €	257,46 €	308,84 €
- 0 €	- 0 €	- 0 €	- 0 €
156,25 €	184,21 €	257,46 €	308,84 €

Les cotisations

Les cotisations évoluent de 3% en 2027 et 2028, hors évolutions réglementaires, législatives ou fiscales

A compter du 1er janvier 2029, les cotisations peuvent être révisées au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution des éléments suivants : aggravation de la sinistralité, variation du nombre d'agents adhérents, évolutions démographiques, modification de la réglementation

Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration Dans la limite de :
Année 1 2026	/	0%
Année 2 2027	/	3%
Année 3 2028	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	5 %
	P/C < 120%	8 %
	P/C < 130%	10 %
	P/C > 130%	10%

Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat.

7. Conditions d'adhésion

Aucune limite d'âge

Aucun questionnaire médical

Aucun délai de carence

Changement de niveau de garanties possible

Résiliation des garanties actuelles :

- Résiliation infra annuelle : résiliation de son contrat à tout moment après un an d'ancienneté directement auprès de son assureur actuel
- Résiliation à date annuelle (fréquemment le 1er janvier avec courrier recommandé avant le 31 octobre)

La demande peut être faite par l'adhérent ou par la MNT (mandat dans le kit adhésion)

Après la 1^{ère} année de souscription, toute modification à la hausse comme à la baisse prendra effet le 1^{er} jour du mois sous réserve que la demande ait été formulée 2 mois à l'avance. Cette prise d'effet peut se faire à tout moment de l'année, après la 1^{ère} année de souscription.

Toute modification à la hausse comme à la baisse ne peut être réalisée qu'une seule fois pendant la durée du contrat sauf en cas de changement de situation familiale : mariage, pacs, concubinage, divorce, séparation, naissance et décès.

Comment adhérer ?

Documents contractuels

Bulletin d'adhésion électronique
EN PRIORITE
(agents seuls et famille sur mêmes garanties)

- > Un lien par collectivité
- > Adhésion effective soit le lendemain de la signature, soit à une date choisie (en lien avec résiliation par ex.)

RIB pour le paiement des prestations

Attestations de droits CPAM pour l'ensemble des assurés
(ameli.fr)

J'ADHÈRE À UN CONTRAT SANTÉ VIA UN e-BULLETIN D'ADHÉSION

Afin de simplifier vos démarches, nous vous accompagnons pas à pas pour **adhérer en ligne**.
Simple et rapide, une adhésion en santé est réalisée en 6 étapes décrites ci-après.

Avant de démarrer votre adhésion en ligne, vous devez vous munir des pièces justificatives suivantes :

- ✓ 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
- ✓ L'attestation de Sécurité sociale de vos bénéficiaires, si vous souhaitez couvrir vos proches

Vous n'avez pas besoin de joindre les pièces justificatives lors de l'adhésion, vous devez juste renseigner les informations demandées.



Munissez-vous également de votre téléphone portable,
un SMS vous sera envoyé pour valider votre adhésion.

Bon à savoir : vous pouvez télécharger votre attestation de Sécurité sociale via votre compte sur ameli.fr. Si vous n'avez pas de compte, demandez votre mot de passe que vous recevrez sous 10 jours. Vous pouvez également l'obtenir sur une borne CPAM.

1 J'ACCÈDE AU PARCOURS e-BULLETIN D'ADHÉSION

- ✓ Je saisis l'adresse URL dans la barre de mon moteur de recherche internet : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (ou je scanne le QR code ci-contre).

et/ou

- ✓ Je clique sur le lien vers le bulletin d'adhésion électronique présent dans l'intranet de ma collectivité,

QR CODE



J'accepte les conditions liées à la protection des données.
Je coche et je clique sur « Démarrer l'adhésion » dans l'encadré.

2 JE CHOISIS MA GARANTIE

- ✓ Je me munis des pièces justificatives listées ci-dessus.
- ✓ Je consulte les garanties proposées dans « Vos documents ».
- ✓ Je sélectionne le niveau de mon choix et je clique sur « Je complète mon profil ».
- ✓ J'adhère au 01/01/2026, ou à ma date d'embauche si je suis embauché(e) après.

3 JE RENSEIGNE MON PROFIL

- ✓ Je renseigne mes informations personnelles : nom, prénom, adresse, numéro de matricule, numéro de sécurité sociale et organisme de rattachement...
- ✓ Je renseigne mon numéro de téléphone sans espace, point ou tiret. Exemple : 0972720202



Le numéro d'organisme de rattachement se trouve sur la 2^{ème} page de l'attestation de sécurité sociale.

Organisme de rattachement sécurité sociale
01 331 XXXX

4 JE RENSEIGNE MES COORDONNÉES BANCAIRES

- ✓ Je renseigne le RIB pour bénéficier du remboursement des prestations



Je renseigne mon numéro IBAN sans espace.

5 JE RENSEIGNE LES INFORMATIONS DE MES BÉNÉFICIAIRES (optionnel)

- ✓ Je clique sur « Ajouter un bénéficiaire » pour chaque bénéficiaire que je souhaite ajouter
- ✓ Je renseigne les informations personnelles du bénéficiaire
- ✓ Je clique sur « Ajouter ce bénéficiaire »

6 JE VALIDE ET JE SIGNE

- ✓ Je contrôle les informations saisies.



Je peux modifier les informations de l'écran précédant en cliquant sur « Modifier mon profil » ou « Modifier mes garanties ».

- ✓ Je clique sur « J'adhère à la MNT »
- ✓ Je reçois un e-mail de confirmation dans les minutes suivant mon adhésion et un code de validation par SMS pour finaliser la signature.

Il se peut que cet e-mail soit dans vos spams, n'hésitez pas à vérifier.



Dès réception de votre carte adhérent (attestation Tiers payant), vous pourrez activer votre Espace adhérent MNT en vous connectant à ADHERENTS.MNT.FR si vous n'en avez pas encore.

Vous accéderez à tout moment à l'ensemble de vos informations, services et avantages depuis votre ordinateur, tablette ou smartphone.

Agence MNT de Brive

09 72 72 02 02

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

La communication auprès des agents une fois l'adhésion de la collectivité entérinée



Réunions d'informations – webinaires et présentiels

✓ Objectifs :

- Présenter le dispositif retenu par l'employeur
- Valoriser la participation financière mise en œuvre
- Présenter les garanties, les services et les tarifs
- Expliquer les démarches pour adhérer

✓ Moyens :

- Réunions plénières pour réunir le maximum d'agents
Lieux, dates et horaires à définir en fonction des contraintes de service
- Vidéos courtes de présentation de la convention
- Réunions animées par la MNT avec un support dédié

Permanences et rendez-vous – visios et présentiels

✓ Objectifs :

- Rendez-vous personnalisés
- Explications et comparatifs des garanties
- Modalités d'adhésion et de résiliation

✓ Moyens :

- Définition de lieux avec prise de rendez-vous ou accès libre en fonction des contextes
- Lieux, dates et horaires à définir en fonction des contraintes de service
- Rendez-vous téléphoniques et visios pour plus de souplesse
- Vidéos courtes de présentation de la convention

Les cotisations

1. Il est possible mais pas obligatoire de paramétrer la DSN pour une convention facultative. Il est nécessaire que les collectivités nous transmettent en amont de la mise en gestion leur souhait d'utiliser la DSN afin que nous mettions à disposition une fiche de paramétrage. Avec l'aide de l'éditeur de paie, la collectivité pourra implémenter dans son SI RH.

2. S'agissant d'un contrat à adhésion facultative, la MNT ne traitera pas les événements des mouvements portés par la DSN. La collectivité pourra les implémenter via l'Espace Employeur ou l'adhérent via son espace personnel.

3. La MNT met à disposition un extranet Espace Employeur pour faciliter la gestion du précompte avec la mise à disposition des appels de cotisations, liste des agents et garanties souscrites, états de variation des cotisations, possibilité de compléter et/ou déclarer son appel à cotisations, mettre à jour les mouvements des agents en ligne...

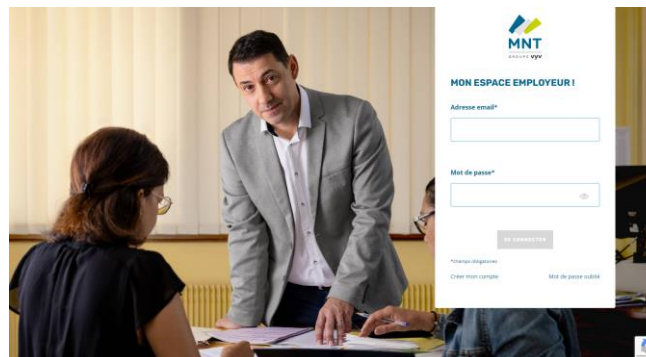
AGENTS

Agents avec contrat actif (169)

Filtres Santé Mode de paiement [TÉLÉCHARGER LA LISTE](#)

AMET Lawrence - 001964 31/07/1975 SANTÉ	Type de contrat Santé	N° contrat 059009-CMS/00-BIS	N° adhérent 0002311811	Date d'effet de garantie 01/08/2024	Date d'adhésion 01/04/2013	Mode de paiement Prélèvement sur salaire
ANDRIES Bruno - 000503 04/05/1963 SANTÉ	Type de contrat Santé	N° contrat 059009-CMS/00-BIS	N° adhérent 0000085332	Date d'effet de garantie 01/12/2017	Date d'adhésion 01/10/1989	Mode de paiement Prélèvement sur salaire
ARROJ El Yass - 001404 29/10/1976 SANTÉ	Type de contrat Santé	N° contrat 059009-CMS/00-BIS	N° adhérent 0000195596	Date d'effet de garantie 01/01/2018	Date d'adhésion 01/06/2003	Mode de paiement Prélèvement sur salaire
ATAMANIUK Beata - 001088 01/03/1972	Type de contrat Santé	N° contrat 059009-CMS/00-BIS	N° adhérent 0000180202	Date d'effet de garantie 01/12/2017	Date d'adhésion 01/06/2001	Mode de paiement Prélèvement sur salaire

L'ESPACE EMPLOYEUR SUR MNT.FR



Les principales fonctionnalités :

Les services RH auront accès à un outil de gestion dématérialisé, disponible 24h/24 sur lequel ils pourront gérer en toute autonomie la convention de participation.

Avec l'extranet RH, les services RH :

- Suivent les agents adhérents
- Réalisent toutes leurs différentes demandes
- Suivent et paient les cotisations

Ce site de gestion est :

- Ouvert aux décideurs RH et gestionnaires
- Accessible sur authentification nominative

Adresse : <https://employeur.mnt.fr/connexion>

CONTACT

AGENCE MNT DE PARIS
50 rue de Malte, PARIS 75011
Sophie GABAY
Benamar BRAHMI
0 960 960 216 (prix d'un appel local)
Horaires
Du lundi au vendredi de 08h30 à 17h00.

LES DERNIÈRES DEMANDES

ADHÉRENTS	TYPE DE DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	N° DE DEMANDE	ÉTAT DE LA DEMANDE	ACTION
NOM PRENOM	COMPLÈMENT DE DOSSIER Indemnités journalières	05/04/2024	7100005	EN COURS	...
NOM PRENOM	DÉPART DÉMISSION, FIN DE CONTRAT (SANTÉ) Vie du contrat	07/03/2024	7100004	EN COURS	...
NOM PRENOM	COMPLÈMENT DE DOSSIER Indemnités journalières	13/12/2023	7100003	EN COURS	...
NOM PRENOM	COMPLÈMENT DE DOSSIER Indemnités journalières	13/12/2023	7100002	EN COURS	...
NOM PRENOM	COMPLÈMENT DE DOSSIER Indemnités journalières	13/12/2023	7100001	EN COURS	...

LES CONTRATS

CATÉGORIE DE CONTRAT	N° CONTRAT COLLECTIF	GROUPE D'ASSURÉ	DATE D'EFFET	MODE DE PAIEMENT	EFFECTIFS
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/01/2019	Prélèvement bancaire	345
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/07/1964	Prélèvement sur salaire	3452
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/07/2017	Prélèvement bancaire	37
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/07/2017	Prélèvement bancaire	123
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/06/2006	Prélèvement sur salaire	134
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/07/2017	Prélèvement bancaire	285
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/07/1964	Prélèvement sur salaire	132
SANTÉ	XXXXXX-XXXX	XX-XXXX	01/07/1964	Prélèvement sur salaire	3

LES DERNIÈRES SOUSCRIPTIONS

CATÉGORIE DE CONTRAT	MATRICULE	N° ADHÉSION	NOM	DATE DE NAISSANCE	DATE D'EFFET
SANTÉ	XXXXXX	XXXXXX	NOM PRENOM	01/01/1995	05/06/2024
SANTÉ	XXXXXX	XXXXXX	NOM PRENOM	01/01/1995	03/06/2024
SANTÉ	XXXXXX	XXXXXX	NOM PRENOM	01/01/1995	01/06/2024
SANTÉ	XXXXXX	XXXXXX	NOM PRENOM	01/01/1995	01/06/2024
SANTÉ	XXXXXX	XXXXXX	NOM PRENOM	01/01/1995	01/06/2024
SANTÉ	XXXXXX	XXXXXX	NOM PRENOM	01/01/1995	01/06/2024
SANTÉ	XXXXXX	XXXXXX	NOM PRENOM	01/01/1995	01/06/2024

En conclusion

Pour la collectivité

- Dispositif piloté et accompagné par le CDG
- Mutualisation départementale et efficacité de la participation financière
- Participation financière définit en fonction des moyens de chaque collectivité
- Renforcement de l'accès aux soins de vos agents
- Renforcement de l'attractivité et du service rendu aux usagers
- Webinaire et accompagnement sur l'extranet RH

Pour les agents

- Choix entre 4 niveaux de garanties selon leurs besoins et ceux de leur famille
- Tarifs négociés sur 6 ans
- Tiers payant généralisé
- Réseaux de professionnels de santé



LIGNE EMPLOYEUR 0 980 980 210

LIGNE AGENTS 09 72 72 02 02

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



MAIL DEDIÉ

conventioncdg19@mnt.fr

PRISE DE RDV AUPRÈS D'UN CONSEILLER

www.mnt.fr/mon-agence



Merci de votre attention



Vos questions ?

