

Comment adhérer ?



Transmettez votre bulletin d'adhésion 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 et vos justificatifs en version numérique à l'adresse dédiée à la convention : «sante-cdg16@mnt.fr ».

Pour en savoir plus

AGENCE MNT DE LA CHARENTE

30 Rue Denis Papin
16022 ANGOULEME Cedex

09 72 72 02 02

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

www.mnt.fr
sante-cdg16@mnt.fr



CONTRAT COLLECTIF SANTÉ

CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA CHARENTE

2026

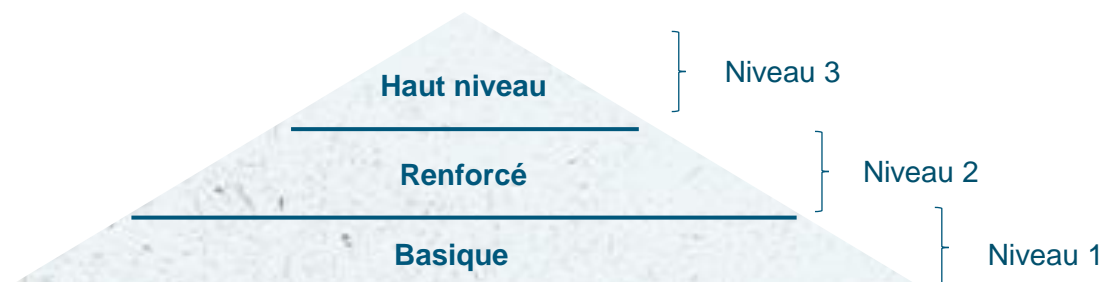


AVEC LA MNT,
CHOISISSEZ UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
QUI VOUS RESSEMBLE

Une complémentaire santé adaptée à vos besoins et à votre budget

3 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 ?

Le personnel inscrit à l'effectif de la collectivité (fonctionnaires et agents contractuels), y compris ceux en disponibilité d'office, congé parental d'éducation et mise en invalidité,

- **Le personnel en détachement**,
- **Les retraités auparavant employés par la collectivité** à titre de fonctionnaires ou d'agents contractuels,
- **Leurs ayants-droit**, à savoir les conjoints, enfants et ascendants, tels que définis dans la notice du contrat.

A Noter : l'agent peut **changer de garantie à la hausse comme à la baisse, en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année**. Limité à deux fois durant la durée de la convention, hors changement de la situation familiale.

Le montant des cotisations : TTC et par personne

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année sur le PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale).

Âge	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant	22,33 €	30,92 €	38,71 €
Actif de moins de 30 ans	29,38 €	46,26 €	61,25 €
Actif de 31 à 40 ans	35,30 €	52,34 €	69,27 €
Actif de 41 à 50 ans	45,04 €	62,88 €	83,14 €
Actif de 51 à 60 ans	61,73 €	81,34 €	107,64 €
Actif de plus de 61 ans	76,02 €	100,25 €	132,64 €
Retraité	105,46 €	126,10 €	157,63 €

*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.

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

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**.



Merci 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 CHARENTE

Les garanties proposées à l'ensemble des Assurés par l'Assureur sont identiques pour tous les agents et retraités qui adhèrent au contrat collectif.

Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire.

GARANTIES PRESTATIONS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins courants			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées* 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.</i>			
Honoraires :			
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites)	125%	150%	200%
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites)	150%	200%	250%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	125%	150%
Actes techniques médicaux et autres actes	125%	150%	200%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Imagerie médicale	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments	100%	100%	100%
Vaccins antigrippal	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	100%	100%	100%
Matériel médical :			
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :			
Orthopédie	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	200 €	300 €	400 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 €	Garanti	Garanti	Garanti
Homéopathie (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : acupuncture, chiropractie, étiopathie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, réflexologie, diététique, homéopathie et recours aux psychologues.	100 €	125 €	150 €
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées* 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.</i>			
Honoraires médicaux & chirurgicaux	150%	200%	250%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Actes de spécialités	125%	150%	200%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 €	Garanti	Garanti	Garanti
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée, y compris maternité (par jour)	50 €	50 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour)	20 €	20 €	30 €
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour)	30 €	30 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
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 mineurs 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			
Équipement complet	100%	100%	100%
Équipement d'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	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Équipement 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 lunette	150 €	200 €	250 €
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 œil)	200 €	300 €	400 €
Dentaire			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	100%	100%	100%
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	150%	200%	300%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse et par semestre)	200 €	200 €	300 €
Traitement d'orthodontie (par an)	200 €	200 €	300 €
Parodontologie (par an)	100 €	150 €	200 €
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			
Équipement complet	100%	100%	100%
Équipement d'une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive, limitée à 1 700 € par oreille :			
Remboursement par aide auditive adulte (par oreille)	600 €	800 €	1 300 €
Remboursement par aide auditive enfant (par oreille)	1 600 €	1 700 €	1 700 €
Autres prestations			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes) :	100%	100%	100%
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)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation maternité	150 €	200 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui



* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées : Les DPTAM ont pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels concernés est consultable sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr>
Équipements 100 % santé : Remboursement intégral à hauteur des prix limites de ventes et honoraires limites de facturation en vigueur à la date des soins.

