

Comment adhérer ?

- **Vous êtes adhérent à la complémentaire santé de la MNT** : pas d'interruption de votre adhésion. Vous devez toutefois résilier votre contrat actuel à l'aide de la lettre de résiliation mise à votre disposition et remplir un nouveau bulletin d'adhésion.
- **Vous disposez d'une complémentaire santé auprès d'un autre organisme** : après 12 mois d'adhésion, vous pouvez résilier votre contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après la réception par la mutuelle de votre demande de résiliation.

A noter : la MNT peut prendre en charge l'envoi de la lettre de résiliation de votre contrat actuel si vous nous communiquez les coordonnées de votre assureur



Adhérez en quelques minutes !

Connectez-vous au **e-bulletin d'adhésion** via le lien qui vous sera communiqué par votre employeur !

Les pièces à fournir pour adhérer :

- > Un relevé d'identité bancaire ou Postal
- > Votre numéro de matricule (inscrit sur votre bulletin de salaire)
- > Une photocopie de l'attestation transmise avec la Carte Vitale pour tous les bénéficiaires inscrits

EN SAVOIR PLUS

Votre Agence MNT de Grenoble :
19 Rue Nicolas Chorier
38000 GRENOBLE

Un numéro de téléphone unique :
09 72 72 02 02
(Prix d'un appel local)

SITE INTERNET + ESPACE PERSONNEL ADHERENTS

CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ

CENTRE DE GESTION
DE L'ISÈRE

Au 1^{er} Janvier 2021



**AVEC LA MNT,
CHOISISSEZ UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
QUI VOUS RESSEMBLE**



CDG 38

CENTRE DE GESTION DE L'ISÈRE
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les caractéristiques de votre complémentaire santé

- ✓ Trois formules au choix avec des niveaux de garanties adaptés à vos besoins et à votre budget
- ✓ Les avantages du 100% santé : avec 0€ de reste à charge en optique, dentaire et audioprothèse dès 2020 sur certains actes et équipements

De nombreux services inclus

- ▶ Pas d'avance de frais grâce au tiers payant
- ▶ Un espace adhérent en ligne pour consulter vos remboursements, envoyer vos factures, imprimer vos relevés de prestations, signaler votre changement d'adresse postale...
- ▶ Un accès à Ligne claire la plateforme téléphonique de la MNT. Une cinquantaine d'opérateurs et de spécialistes analysent vos devis en optique, dentaire, audioprothèses et actes techniques médicaux pour diminuer votre reste à charge. Ces experts constituent également une source de conseils en santé et peuvent vous accompagner dans vos démarches sociales
- ▶ Un service d'assistance avec une aide à domicile suite à une hospitalisation, chimiothérapie ou radiothérapie, une prime naissance ou adoption, allocation décès...

Vos cotisations 2021

Votre collectivité participe au financement de votre complémentaire santé si vous êtes actifs. Le montant de la participation employeur est à déduire des cotisations indiquées dans le tableau et ne s'applique pas aux retraités.

Tranche d'âge	Isolé	Famille mono	Famille
	€ TTC	€ TTC	€ TTC
FORMULE 1 GARANTIE DE BASE			
Moins de 32 ans	21,25 €	32,91 €	54,16 €
32 à 49 ans	32,91 €	48,33 €	81,24 €
50 ans et plus	44,56 €	65,47 €	110,38 €
Retraité	59,99 €	73,02 €	141,58 €
FORMULE 2 GARANTIE RENFORCÉE			
Moins de 32 ans	28,45 €	43,54 €	71,65 €
32 à 49 ans	40,45 €	60,33 €	101,13 €
50 ans et plus	53,13 €	81,93 €	135,06 €
Retraité	76,10 €	78,84 €	181,68 €
FORMULE 3 GARANTIE SUPERIEURE			
Moins de 32 ans	51,76 €	77,13 €	143,29 €
32 à 49 ans	71,99 €	107,64 €	179,63 €
50 ans et plus	89,13 €	140,55 €	229,68 €
Retraité	130,26 €	134,38 €	324,63 €

Les pourcentages du PMSS ont été traduits en euros à titre indicatif sur la base de Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2020. Les cotisations pourront être révisées au 1^{er} janvier d'un exercice civil, conformément aux Conditions Générales

Vos garanties

CDG 38 / CONTRAT GROUPE SANTE	Taux SS (à titre indicatif)	Formule 1 y compris prestations SS	Formule 2 y compris prestations SS	Formule 3 y compris prestations SS	
POSTE SOINS COURANTS en secteur conventionné ou non conventionné					
Consultations et Visites de Généralistes (signataires OPTAM/OPTAM CO)	70% BR	100% BR	130% BR	150% BR	
Consultations et Visites de Généralistes (non signataires OPTAM/OPTAM CO)	70% BR	100% BR	110% BR	130% BR	
Consultations et Visites de Spécialistes (signataires OPTAM/OPTAM CO)	70% BR	100% BR	130% BR	150% BR	
Consultations et Visites de Spécialistes (non signataires OPTAM/OPTAM CO)	70% BR	100% BR	110% BR	130% BR	
Actes techniques médicaux (signataires OPTAM/OPTAM CO)	70% BR	100% BR	130% BR	150% BR	
Actes techniques médicaux (non signataires OPTAM/OPTAM CO)	70% BR	100% BR	110% BR	130% BR	
Actes d'Imagerie Médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Auxiliaires Médicaux	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Analyses Médicales & Examens de Laboratoires	60% BR ou 70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité Sociale	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité Sociale	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
POSTE HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ en secteur conventionné ou non conventionné					
Soins et honoraires, Actes de Chirurgie, Obstétrique et Anesthésie, (avec hospitalisation ou hors hospitalisation) (signataires OPTAM/OPTAM CO)	80% ou 100% BR	150% BR	150% BR	150% BR	
Soins et honoraires, Actes de Chirurgie, Obstétrique et Anesthésie, (avec hospitalisation ou hors hospitalisation) (non signataires OPTAM/OPTAM CO)	80% ou 100% BR	130% BR	130% BR	130% BR	
Prise en charge du forfait sur les actes lourds	Néant	100% FR	100% FR	100% FR	
Frais de séjour, secteur conventionné ou non	80% ou 100% BR	100% FR	100% FR	100% FR	
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée, secteur conventionné ou non	Néant	100% FR	100% FR	100% FR	
Chambre particulière	Néant	Néant	70 € / jour	100 € / jour	
Forfait accompagnant enfant de moins de 16 ans / jour	Néant	Néant	30 € / jour	50 € / jour	
Transport en Ambulance, VSL...	65% BR	100% BR	limite de 12 jours / an	limite de 15 jours / an	
DENTAIRE (dans le respect des minimas et maximas du contrat responsable)					
Plafond de remboursements pour le poste Dentaire : la limitation ne concerne pas la prise en charge du TM		Néant	1 200 € / an	1 500 € / an	
Consultations & Soins Dentaires	70% BR	100% BR	150% BR	220% BR	
Inlays Onlays pris en charge par la Sécurité Sociale	70% BR	100% BR	200% BR	320% BR	
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale		Plan Santé	Plan Santé	Plan Santé	
Dents de sourire (incisives, canines, prémolaires 1)		100% PLV selon matériaux et position de la dent	100% PLV selon matériaux et position de la dent	100% PLV selon matériaux et position de la dent	
Dents de fond de bouche	70% BR	125% BR	125% BR	125% BR	
Inlays-core		125% BR	Max 175€	Max 175€	
Implantologie (forfait annuel)	Néant	Néant	500 € / an	1 000 € / an	
Orthodontie jusqu'à 16 ans	70% BR ou 100% BR	100% BR	160% BR	280% BR	
Orthodontie pour les plus de 16 ans	Néant	Néant	160% BR reconstituée	280% BR reconstituée	
POSTE OPTIQUE (dans le respect des minimas et maximas du contrat responsable)					
Monture		Classe 1	Classe 2	Classe 1	Classe 2
2 verres simples classe a)	60% BR	100% du PLV	100% du PLV	100% du PLV	100% du PLV
2 verres complexes classe b)	60% BR		100% BR ⁽¹⁾	100% BR + 100 € ⁽²⁾	100% BR + 100 € ⁽²⁾
2 verres très complexes classe c)	60% BR		100% BR ⁽¹⁾	100% BR + 130 € ⁽²⁾	100% BR + 380 € ⁽²⁾
1 verre simple classe a) + 1 verre complexe classe b)	60% BR	100% du PLV	100% BR ⁽¹⁾	100% BR + 200 € ⁽²⁾	100% BR + 450 € ⁽²⁾
1 verre simple classe a) + 1 verre très complexe classe c)	60% BR		100% BR ⁽¹⁾	100% BR + 130 € ⁽²⁾	100% BR + 415 € ⁽²⁾
1 verre complexe classe b) + 1 verre très complexe classe c)	60% BR		100% BR ⁽¹⁾	100% BR + 165 € ⁽²⁾	100% BR + 450 € ⁽²⁾
Bonus optique en cas de non consommation du forfait			100% BR ⁽¹⁾	100% BR + 200 € ⁽²⁾	100% BR + 485 € ⁽²⁾
Matériel pour amblyopie	60% BR	Néant	100% BR	Néant	Néant
Lentilles prescrites prises en charge par la Sécurité Sociale	60% BR		100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prescrites non prises en charge par la Sécurité Sociale	Néant		Néant	100% BR + 100 € / an	100% BR + 300 € / an
Chirurgie des yeux	Néant		Néant	180 € / oeil	150 € / an
					400 € / oeil
POSTE PROTHÈSES MEDICALES (dans le respect des minimas et maximas du contrat responsable)					
Prothèses auditives	100% BR	Classe 1	Classe 2	Classe 1	Classe 2
Accessoires	100% BR	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Fauteuil roulant, orthopédie et autre appareillage...	60% BR		100% BR	Max 700€ / oreille	Max 1000€ / oreille
POSTE BIEN ETRE					
Cure termale : soins + transports + hébergement	65% BR ou 70% BR		100% BR	100% BR + 135 € / an	100% BR + 150 € / an
Médecine douce ou médecine alternative : ostéopathes, chiropracteurs, homéopathie, ergothérapeute, acupuncteur, étiope + psychothérapeute (y compris secteur libre)	Néant		50% FR limité à 30 € / an	70% FR limité à 70 € / an	90% FR limité à 230 € / an
PREVENTION					
Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité Sociale	70% BR		100% BR	100% BR	100% BR
Examen d'ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité Sociale	Néant		Néant	50 € / an	100 € / an
Vaccins anti grippe	Néant ou 65% BR		100% FR	100% FR	100% FR
Vaccins non remboursés sur prescription médicale	Néant		Néant	Néant	60 € / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale (annuel/bénéficiaire)	Néant		30 € / an	40 € / an	50 € / an
Produits pharmaceutiques de sevrage tabagique / substituts nicotiniques, forfait annuel sur prescription médicale	50 € ou 150 € pour les femmes enceintes et les moins de 25 ans		Rbt SS + 40 € / an	Rbt SS + 50 € / an	Rbt SS + 60 € / an
Consultation d'un diététicien	Néant		Néant	60 € / an	100 € / an
Actes de prévention de l'arrêt du 8 juin 2006	65% BR ou 70% BR		100% BR sur tous les actes	100% BR sur tous les actes	100% BR sur tous les actes
ASSISTANCE SANTE EXPRESS					
Forfait aide-ménagère si hospitalisation	Néant		Néant	250 € / an	250 € / an
Forfait aide-ménagère si chimiothérapie ou radiothérapie (cumulable avec le forfait précédent)	Néant		Néant	250 € / an	250 € / an
Prime naissance, doublée en cas de naissance gémellaire	Néant		Néant	Néant	250 € / an
Décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant	Néant		200 €	500 €	500 €

SS : Sécurité Sociale
 CAS : Contrat d'Accès aux Soins
 BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 FR : Frais Réels
 TM : Ticket Modérateur
 PLV : prix limite de vente, conformément à la définition des contrats responsables
 (1) Le ticket modérateur est systématiquement couvert.

(1) Verres simples classe a : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
 Verres complexes classe b : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
 Verres très complexe de classe c : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
 (2) Prise en charge d'un équipement monture et/ou 2 verres tous les 2 ans, sauf pour les -16 ans ou en cas d'évolution de la vue visée par les textes ou pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin. La période de 2 ans débute à la date d'achat du premier élément d'équipement (verre ou monture) et s'achève 2 ans après.