

Pour adhérer c'est très simple

- **Vous ne disposez pas d'une couverture santé** : votre adhésion prend effet à la date indiquée sur votre bulletin d'adhésion complété, et accompagné des pièces demandées, sous réserve que la date d'effet soit postérieure à la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.
- **Vous disposez d'une complémentaire santé auprès d'un autre organisme** : vous devez résilier votre contrat actuel, depuis la mise en place au 1^{er} décembre 2020 de la Résiliation Infra Annuelle. Vous pouvez le résilier à tout moment après 1 an d'adhésion.

A noter : la MNT peut prendre en charge la résiliation de votre contrat actuel, communiquez-nous les coordonnées de votre assureur accompagné du mandat de résiliation signé par vos soins.

- **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.**

Comment adhérer ?

1. Je complète mon bulletin d'adhésion
2. Je joins un RIB pour mes remboursements et les pièces justificatives
3. Je dépose mon dossier à l'accueil RH

ADRESSE SERVICE RH

ADHÉREZ EN LIGNE EN QUELQUES MINUTES

Connectez-vous au E-Bulletin d'Adhésion via le lien transmis par votre collectivité

<https://adhesion-convention.mnt.fr/sante/XXXX>



Il suffit de joindre l'ensemble des justificatifs demandés :

- ▶ **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.
- ▶ **L'attestation Pôle emploi ou copie du contrat d'apprentissage pour les enfants.**
- ▶ **La copie de l'attestation de PACS** pour le partenaire **ou attestation sur l'honneur de concubinage** pour le concubin avec un justificatif d'adresse aux 2 noms.

> CONTACTEZ-NOUS :



Par e-mail à cdg972@mnt.fr

Par téléphone au **09 72 72 02 02** (prix d'un appel local du lundi au vendredi de 7h à 15h)

En agence :

Agence MNT de Martinique
Lot. Bardinet
Route de Chateauboeuf
97 200 FORT DE France

- 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.

- Mutuelle relevant du contrôle de l'A.C.P.R située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Crédits photos : Getty Images - Photographie retouchée - Document à caractère publicitaire – CDG972_Santé_2024



CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LA MARTINIQUE

À effet du 1^{er} janvier 2024

Participation
employeur de
XX €



MNT SANTÉ,
LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
QUI VOUS RESSEMBLE



COMME PLUS D'1 MILLION DE PERSONNES PROTÉGÉES, FAITES CONFIANCE

À LA MUTUELLE CRÉÉE PAR ET POUR LES AGENTS TERRITORIAUX

4 formules de garanties au choix

Choisissez votre niveau de remboursement sur l'ensemble des postes de santé :



Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

Niveau 4

- ✓ **Une formule 1** Remboursements de base sur les principaux besoins en santé
- ✓ **Une formule 2** Remboursements renforcés en cas de besoins ciblés
- ✓ **Une formule 3** Remboursements renforcés en cas de besoins importants
- ✓ **Une formule 4** Remboursements de haut niveau

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.
- ▶ **Une assistance complète** : aide à domicile, garde d'enfants, école à domicile, accompagnement psychosocial, assistance en cas d'hospitalisation, maternité, immobilisation, traitement anti-cancéreux...
- ▶ **Information juridique** (conseil social, justice, vie professionnelle, famille, défense recours...)
- ▶ **2ème avis médical** : en moins de 7 jours, l'avis d'un expert pour confirmer un diagnostic ou obtenir un avis alternatif et prendre la meilleure décision pour sa santé.
- ▶ **Téléconsultation** : consultations 7J/7 24H/24 à distance (de votre ordinateur, smartphone ou tablette) en accès illimité à partir de votre espace adhérent et entièrement prises en charge avec des médecins généralistes ou des spécialistes.
- ▶ **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...

Vos avantages

- ▶ Pas de limite d'âge ni de questionnaire médical à l'adhésion
- ▶ Accompagnement psychologique (10 séances)
- ▶ Garanties à effet immédiat
- ▶ Enveloppe annuelle pharmacie non remboursée par l'Assurance Maladie (Niveau 2, 3 et 4)
- ▶ Allocation naissance ou adoption
- ▶ Aides exceptionnelles sous conditions (par exemple en cas de soins coûteux ou de catastrophes naturelles)

Ma cotisation 2024

Cotisation mensuelle exprimée en euros (€) prélevée mensuellement sur mon salaire par mon employeur				
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant* (Gratuité à compter du 3ème)	17,85 €	24,20 €	31,95 €	45,68 €
Adulte de moins de 30 ans inclus	28,51 €	36,62 €	48,33 €	69,11€
Adulte de plus de 30 ans Et de moins de 40 ans inclus	31,98 €	41,07 €	54,20 €	77,50 €
Adulte de plus de 40 ans Et de moins de 50 ans inclus	36,48 €	49,46 €	65,28 €	98,82 €
Adulte de plus de 50 ans	52,45 €	71,11 €	93,86 €	142,08 €

*jusqu'à 26 ans sous conditions

Exemple : Teddy, 41 ans, agent technique de sa ville souhaite adhérer avec sa conjointe Mylène, 38 ans, et leur fils de 10 ans, à la convention de participation SANTE du CDG 972 souscrite par sa collectivité. Après analyse de ses besoins, il choisit le niveau 2. La cotisation mensuelle pour lui et toute sa famille s'éleva à **114,73 €**** et ce montant sera diminué de la participation de son employeur.

** Addition des cotisations de la tranche adulte de plus de 40 ans et de moins de 50 ans inclus **49,46 €** + cotisation de la tranche adulte de plus de 30 ans et de moins de 40 ans inclus **41,07€** + cotisation enfant **24,20 €**.

MES REMBOURSEMENTS ET PRESTATIONS

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			
	N1	N2	N3	N4
SOINS COURANTS				
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	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	100%	100%	125%	150%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments remboursés à 65%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 35%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 15%	/	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	100%	100%	100%	100%
Matériel médical :				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :				
Orthopédie	/	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires) forfait par prothèse	/	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	/	200 €	300 €	400 €
Protection santé mentale				
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Honoraires de psychologues non remboursés par l'Assurance maladie / an / bénéficiaire	/	100 €	125 €	150 €
Garantie assistance psychologie (par téléphone ou présentiel - 10 séances / bénéficiaire)	/	Oui	Oui	Oui
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros	/	Garanti	Garanti	Garanti
Homéopathie (par an) (produits)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étopathes, homéopathes (séances), mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues, substituts nicotiniques	/	100 €	150 €	200 €
Pharmacie prescrite (par an)	/	50 €	80 €	120 €
HOSPITALISATION MEDICALE, 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, 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	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
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 et selon une durée non limitée)	50 €	65 €	80 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et par séjour et limité à 60 jours)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	30 €	50 €
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 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				
Équipement appartenant à 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	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 €	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Équipement 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 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'oeil (par œil)	/	200 €	300 €	400 €
DENTAIRE				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires	100%	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS) 				
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) par an et par bénéficiaire	/	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par an)	/	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	250 €	350 €
Implants (par implant avec limite de 3 implants par 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				
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1500	1500	1500
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	1000	1250	1500
AUTRES PRESTATIONS				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Actes de prévention (7 actes) :				
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 (selon arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation naissance ou adoption (par enfant)	/	250 €	250 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

(*) Les forfaits incluent le Ticket Modérateur

(**) Vaccins (sur liste) : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B, Infections à Haemophilus influenza B, Infections invasives à méningocoque du sérotype C, Infections à pneumocoque, Oreillons, Rougeole, Rubéole