VOS CONSEILLERS MNT VOUS ACCOMPAGNENT

Agence MNT de Chambéry
27 rue du Commandant Joseph Perceval 73000 CHAMBERY

Email : sante.cdg73@mnt.fr

Contactez un conseiller MNT au 09 72 72 02 02
(prix d'un appel local du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)

Prenez rendez-vous en flashant ce QR Code

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

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

MNT
GROUPE VYV

MNT SANTÉ

CONVENTION DE PARTICIPATION
CENTRE DE GESTION DE LA SAVOIE



POURQUOI CHOISIR LA CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ ?

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 sur le risque « Santé » (mutuelle) comprenant trois formules de couverture spécialement conçues et négociées collectivement pour offrir le meilleur rapport qualité-prix.

Cette convention de participation négociée par le Centre de gestion de la Savoie entre en vigueur au 1er janvier 2026 pour une durée de 6 ans.

Elle garantie non seulement une protection étendue, mais aussi des cotisations maîtrisées dans le temps.

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.

QUI PEUT ADHÉRER ?

Peuvent adhérer au titre de la présente convention de participation proposée par le Cdg73 :

- Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL ou détachés
- Les fonctionnaires et les agents affiliés à l'IRCANTEC, de droit public et de droit privé
- Les agents mis à disposition de la collectivité adhérente si la collectivité dont ils dépendent l'autorise
- Les agents à la retraite dont le dernier employeur est adhérent à la convention de participation
- Leurs ayants droit tels que définis dans la notice du contrat :

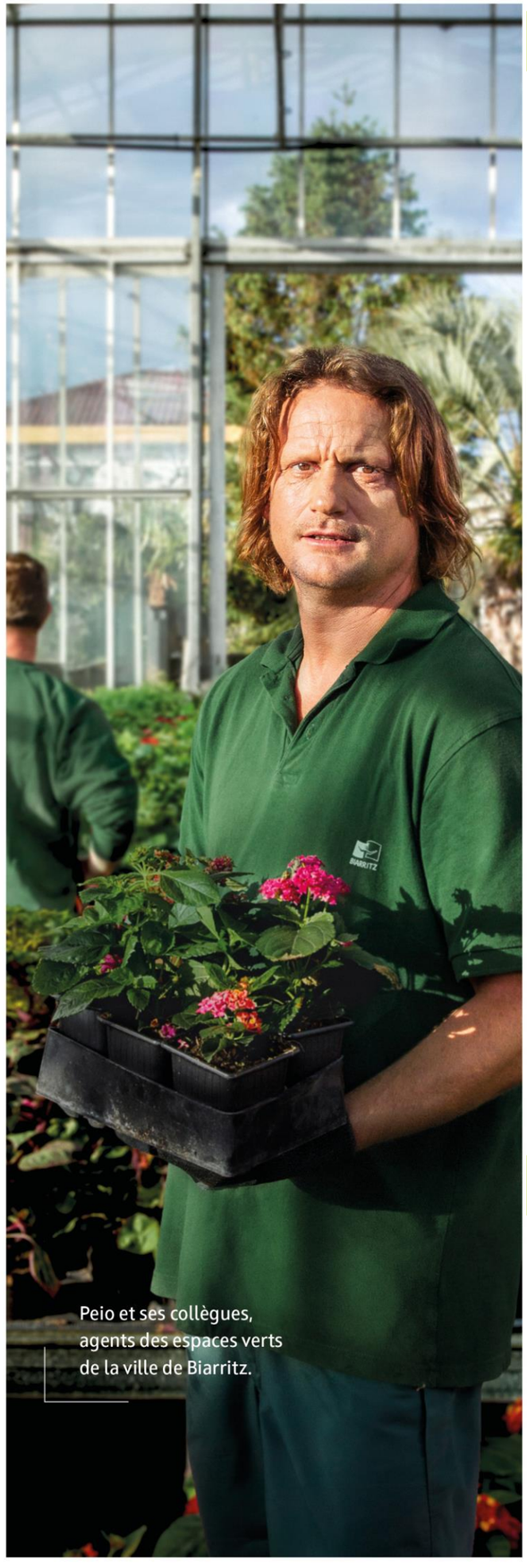
➢ Le conjoint non séparé de corps, la personne liée par un pacs, le concubin

➢ L'enfant du bénéficiaire ou de son conjoint, concubin, personne liée par un pacs :

- ✓ jusqu'au 31 décembre suivant leur 20ème anniversaire,
- ✓ jusqu'au 31 décembre suivant leur 26ème anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'insertion professionnelle,
- ✓ Ou en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

LES CONDITIONS D'ADHÉSION

- Pas de limite d'âge
- Pas de questionnaire médical
- Pas de délai de carence
- Pour les agents à la retraite, l'adhésion est possible sans condition, dès lors que la dernière collectivité du retraité, est souscriptrice de la convention.



Peio et ses collègues, agents des espaces verts de la ville de Biarritz.

COMMENT ADHÉRER ?

L'adhésion peut se faire par retour d'un bulletin d'adhésion papier ou par **adhésion en ligne, simple, sécurisée et plus rapide.** Votre collectivité-employeur dispose d'un lien internet permettant votre adhésion. Il suffit de s'y connecter, renseigner ses informations personnelles et signer électroniquement.

COMMENT RESILIER VOTRE CONTRAT ACTUEL ?

Pour adhérer au contrat collectif du Cdg73, l'agent doit dénoncer son contrat santé actuel, la résiliation infra annuelle permet aujourd'hui une résiliation de son contrat à tout moment après un an d'ancienneté.

- ✓ Vous êtes adhérent à la MNT : résiliation prise en charge par la MNT. A noter que vous devez solliciter votre adhésion au préalable.
- ✓ Vous êtes adhérent à une autre mutuelle : vous devez vous renseigner auprès de l'organisme assureur
- ✓ Vous êtes bénéficiaire du contrat de votre conjoint ou d'un parent : le parent ou le conjoint titulaire du contrat doit se renseigner auprès de l'organisme assureur

LE CHANGEMENT DE GARANTIE

Changement de garantie possible à tout moment, sous réserve de respecter un préavis de deux mois. Les garanties ne peuvent pas ensuite être modifiées à la baisse pendant deux ans, sauf changement de structure familiale ou choix d'une formule supérieure.



COTISATIONS

- L'âge de l'adhérent détermine la tranche de cotisation des ayants droit
- Lors d'addition de cotisations unitaires, le tarif famille s'applique chaque fois qu'il est plus avantageux (*voir exemple ci-contre*)
- Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants. **Gratuité de la cotisation « enfant » à partir du 3ème enfant**
- La formule de garantie au sein d'une même famille est identique à celle de l'adhérent
- Le taux de cotisation change au 1er janvier suivant le 20ème, 30ème, 40ème, 45ème, 50ème, 55ème, et 60ème anniversaire de l'adhérent

Afin de tenir compte de l'évolution de la consommation des soins et biens médicaux les cotisations seront majorées forfaitairement de 2,5% au 1er janvier 2027 et au 1er janvier 2028.

A compter de la quatrième année (1er janvier 2029), les cotisations peuvent être révisées au 1er janvier. Toutefois, la majoration sera plafonnée à 15% par an (hors évolution réglementaire, législative ou fiscale).

QUELS SONT LES TARIFS MENSUELS PROPOSÉS ?

Renseignez-vous auprès de votre collectivité pour connaitre le montant de la participation employeur.

La participation de l'employeur est à déduire des montants indiqués ci-dessous.

***Exemples de cotisations mensuelles (formule1)* :**
Agent âgé de 45 ans avec un enfant = 32,97€ + 16,65€ = 49,62€ (cotisation adhérent + enfant)
Agent âgé de 38 ans avec conjoint et 2 enfants = 81,38€ (cotisation famille 2)

TARIFS 2026 FORMULE 1 Panier de Soins	Adhérent	Couple (adhérent + conjoint)	Enfant à charge	Famille 1 : adhérent + enfants à charge	Famille 2 : adhérent + conjoint + enfants à charge
ACTIFS - 21 ANS	18,87 €	37,46 €	16,65 €	50,32 €	67,28 €
ACTIFS - 31 ANS	22,50 €	44,73 €	16,65 €	53,95 €	74,54 €
ACTIFS - 41 ANS	25,92 €	51,57 €	16,65 €	57,37 €	81,38 €
ACTIFS - 46 ANS	32,97 €	65,68 €	16,65 €	65,73 €	98,44 €
ACTIFS - 51 ANS	38,32 €	76,36 €	16,65 €	69,77 €	106,18 €
ACTIFS - 56 ANS	42,59 €	84,91 €	16,65 €	74,04 €	114,73 €
ACTIFS - 61 ANS	47,30 €	94,32 €	16,65 €	78,75 €	124,13 €
ACTIFS + 60 ANS	56,06 €	111,85 €	16,65 €	87,51 €	141,66 €
RETRAITES	64,40 €	128,52 €	16,65 €	95,85 €	158,33 €

TARIFS 2026 FORMULE 2 Renforcée	Adhérent	Couple (adhérent + conjoint)	Enfant à charge	Famille 1 : adhérent + enfants à charge	Famille 2 : adhérent + conjoint + enfants à charge
ACTIFS - 21 ANS	30,91 €	61,56 €	29,60 €	88,36 €	117,47 €
ACTIFS - 31 ANS	36,90 €	73,54 €	29,60 €	94,34 €	129,45 €
ACTIFS - 41 ANS	42,54 €	84,81 €	29,60 €	99,98 €	140,72 €
ACTIFS - 46 ANS	54,16 €	108,06 €	29,60 €	112,83 €	166,73 €
ACTIFS - 51 ANS	62,97 €	125,68 €	29,60 €	120,42 €	181,60 €
ACTIFS - 56 ANS	70,02 €	139,77 €	29,60 €	127,46 €	195,68 €
ACTIFS - 61 ANS	77,77 €	155,27 €	29,60 €	135,21 €	211,18 €
ACTIFS + 60 ANS	92,21 €	184,16 €	29,60 €	149,65 €	240,07 €
RETRAITES	105,95 €	211,64 €	29,60 €	163,39 €	267,55 €

TARIFS 2026 FORMULE 3 Supérieure	Adhérent	Couple (adhérent + conjoint)	Enfant à charge	Famille 1 : adhérent + enfants à charge	Famille 2 : adhérent + conjoint + enfants à charge
ACTIFS - 21 ANS	43,46 €	86,64 €	39,77 €	121,10 €	162,65 €
ACTIFS - 31 ANS	51,90 €	103,52 €	39,77 €	129,54 €	179,52 €
ACTIFS - 41 ANS	59,84 €	119,40 €	39,77 €	137,48 €	195,40 €
ACTIFS - 46 ANS	76,22 €	152,16 €	39,77 €	155,17 €	231,10 €
ACTIFS - 51 ANS	88,63 €	176,97 €	39,77 €	166,28 €	252,99 €
ACTIFS - 56 ANS	98,55 €	196,82 €	39,77 €	176,19 €	272,82 €
ACTIFS - 61 ANS	109,47 €	218,66 €	39,77 €	187,11 €	294,66 €
ACTIFS + 60 ANS	129,82 €	259,36 €	39,77 €	207,46 €	335,36 €
RETRAITES	149,18 €	298,07 €	39,77 €	226,82 €	374,07 €

LES GARANTIES

Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
L'organisme de complémentaire santé (OCS) prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale selon les dispositions du décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Un forfait exprimé en euros peut s'ajouter au ticket modérateur. Dans ce cas, la limite de remboursement de la grille de prestation correspond au remboursement de la Sécurité sociale augmenté du ticket modérateur et du forfait pris en charge par l'OCS.
Dans tous les cas, le montant des remboursements de l'OCS ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.

FORMULES DE GARANTIES SOLIDAIRE ET RESPONSABLE - DANS LE RESPECT DES DISPOSITIONS DE LA REFORME 100% SANTE

POSTES DE GARANTIES	FORMULE 1 PANIER DE SOINS	FORMULE 2 RENFORCÉE	FORMULE 3 SUPERIEURE
	Y compris remboursement de la Sécurité Sociale (1)		
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultation - visite Généralistes - adhérents ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Consultation - visite Spécialistes - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	195% BRSS	220% BRSS
Consultation - visite Spécialistes - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	175% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	175% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	155% BRSS	180% BRSS
Honoraires auxiliaires médicaux et psychologue *(si prise en charge RO)*	100% BRSS	115% BRSS	125% BRSS
Imagerie médicale et échographie			
Imagerie médicale et échographie - médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	120% BRSS	140% BRSS
Imagerie médicale et échographie - médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	100% BRSS	120% BRSS
Analyses et examens de laboratoire - adhérents ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	115% BRSS	125% BRSS
Médicaments (y compris vaccins acceptés par la Sécurité Sociale)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Orthopédie/Petit appareillage /Grand appareillage	100% BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS
HOSPITALISATION (y compris maternité et hospitalisation à domicile)			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médecins -Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	195% BRSS	220% BRSS
Honoraires médecins – Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS	175% BRSS	200% BRSS
Frais hospitaliers			
Prise en charge du forfait pour les actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres frais hospitaliers			
Frais de séjour	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Chambre particulière	Néant	60 € / jour	75 € / jour
Chambre particulière – Etablissement spécialisé (soins de suite et de réadaptation, établissement psychiatrique)	Néant	60 € / jour limité à 60 jours	75 € / jour limité à 60 jours
Forfait accompagnant (enfant ou adulte)	Néant	25 € / jour	30 € / jour
OPTIQUE (2) (3)			
Equipement du panier 100% santé*			
Monture + 2 verres de tous types (4) Prestation d'appairage et d'adaptation de la correction	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites réglementaires de vente		
Equipement à tarif libre		**Montant par verre**	
Monture (5)	Minima panier de soins : *équipement avec 2 verres simples 100€, 1 verre simple & 1 complexe ou hypercomplexe : 125€, 2 complexes ou hypercomplexes : 200€*	GRILLE 2 **dans le respect des minimas et maximas du décret** Cf onglet "grilles optique"	GRILLE 3 **dans le respect des minimas et maximas du décret** Cf onglet "grilles optique"
Verres (6)			
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire	100% BRSS	100% BRSS + 150 € / an	100% BRSS + 200 € / an
Chirurgie réfractive par œil	-	Forfait maximum de 400 € / œil	Forfait maximum de 550 € / œil
Prestation d'adaptation	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Matériel pour amblyopie	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
* Tel que défini réglementairement			



Bruno et ses collègues, agents des éclairages publics de la ville de Biarritz

LES GARANTIES

TABLEAUX OPTIQUE**

FORMULE 2		RENFORCÉE	
Type de Verre		Moins de 16 ans	16 ans et plus
Simple	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries	VU1 (1)	60,00 €	65,00 €
Verres 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	VU2	70,00 €	75,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VU3	90,00 €	95,00 €
Complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 6,00 dioptries	VU4	90,00 €	95,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5	110,00 €	115,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6	125,00 €	130,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	VU7	155,00 €	160,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries	VM1	165,00 €	170,00 €
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	VM2	180,00 €	185,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	190,00 €	195,00 €
Très complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries	VM4	175,00 €	180,00 €
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	VM5	190,00 €	195,00 €
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	VM6	210,00 €	215,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00	VM7	220,00 €	235,00 €
Monture		70,00 €	90,00 €

*** Le remboursement assureur s'exprime hors participation Sécurité Sociale pour les verres et participation sécurité Sociale incluse pour les montures.*
Le remboursement s'entend par verre. Le remboursement s'effectue dans les limites des contrats responsables (sommes Ss + autres régimes éventuels)

(1) le verre neutre est compris dans cette classe

TABLEAUX OPTIQUE**

FORMULE 3		SUPERIEURE	
Type de Verre		Moins de 16 ans	16 ans et plus
Simple	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries	VU1 (1)	70,00 €	80,00 €
Verres 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	VU2	80,00 €	90,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VU3	100,00 €	110,00 €
Complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 6,00 dioptries	VU4	105,00 €	110,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5	125,00 €	130,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6	140,00 €	145,00 €
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	VU7	170,00 €	175,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries	VM1	180,00 €	185,00 €
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	VM2	195,00 €	200,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	205,00 €	210,00 €
Très complexe	Code de regroupement	Montant par verre (**)	
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries	VM4	185,00 €	190,00 €
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	VM5	200,00 €	210,00 €
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	VM6	220,00 €	230,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7	230,00 €	240,00 €
Monture		80,00 €	100,00 €

*** Le remboursement assureur s'exprime hors participation Sécurité Sociale pour les verres et participation sécurité Sociale incluse pour les montures.*
Le remboursement s'entend par verre. Le remboursement s'effectue dans les limites des contrats responsables (sommes Ss + autres régimes éventuels)

(1) le verre neutre est compris dans cette classe

Annexe optique

Limites de remboursement optique du contrat responsable à compter du 1er janvier 2020 lorsque le contrat prévoit une couverture en optique en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100% santé

Catégories de verres	Planchers et plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
Deux verres **simples** : verres appartenant à la catégorie ci-dessous précisée. Deux verres unifocaux : - sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - 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 ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	- Minimum : 50€ - Maximum : 420€ dont 100€ au maximum pour la monture
Deux verres **complexes** unifocaux, multifocaux et progressifs : verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées Verre unifocal : - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries Verre multifocal ou progressif : - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200€ - Maximum : 700€ dont 100€ au maximum pour la monture
Deux verres **hypercomplexes** multifocaux et progressifs : verres appartenant à la catégories ci-dessous précisée Verres multifocaux ou progressifs : - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	- Minimum : 200€ - Maximum : 800€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Un verre simple (cf. ci-dessus) Verre 2 – Un verre complexe unifocal, multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 125€ - Maximum : 560€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Verre simple (cf. ci-dessus) Verre 2 – verre hypercomplexe multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 125€ - Maximum : 610€ dont 100€ au maximum pour la monture
Verre 1 – Verre complexe unifocal, multifocal et progressif (cf. ci-dessus) Verre 2 – verre hypercomplexe multifocal et progressif (cf. ci-dessus)	- Minimum : 200€ - Maximum : 750€ dont 100€ au maximum pour la monture

LES GARANTIES

POSTES DE GARANTIES	FORMULE 1 PANIER DE SOINS	FORMULE 2 RENFORCÉE	FORMULE 3 SUPERIEURE
	Y compris remboursement de la Sécurité Sociale (1)		
DENTAIRE			
Soins et prothèses du panier 100% santé*			
Soins et prothèses du panier 100% santé*	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites réglementaire de facturation		
Soins et prothèse à tarifs maîtrisés ou libres			
Soins dentaires dont inlay-onlay	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Inlay-Core	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Prothèses remboursées	125% BRSS	360 % BRSS	470 % BRSS
Plafond annuel des prothèses hors remboursement sécurité sociale (hors implantologie et parodontologie)	1000 € hors S.S et 125% BRSS au-delà	1500 € hors S.S et 125% BRSS au-delà	2000 € hors S.S et 125% BRSS au-delà
Autres			
Orthodontie prise en charge par le régime obligatoire	125% BRSS	300% BRSS (2/an)	350% BRSS (2/an)
Implantologie	Néant	Montant annuel 500€	Montant annuel 800€
Parodontologie	Néant	Forfait 250€ / acte (max 2 actes/an)	Forfait 400 €/acte (max 2 actes/an)
AIDES AUDITIVES *(dans le respect des limitations réglementaires)*			
Aides auditives classe I / 100% santé*	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Aides auditives classe II > 20 ans (par oreille)	100 % BRSS	150 % BRSS + 200€ / an	300 % BRSS + 400 € / an
Aides auditives classe II < 20 ans (par oreille)	100 % BRSS	100 % BRSS + 150 € / an	100 % BRSS + 300 € / an
TRANSPORT			
Transport	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRÉVENTION			
Actes de prévention (pris en charge par le RO)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRESTATIONS DIVERSES			
Médecines douces *(non prise en charge RO professionnels affiliés à des répertoires professionnels type ADELI RPPS FINESS)* : chiropractie - ostéopathie- acupuncture – diététicien - homéopathie - pédicure / podologue - psychologue.	Néant	30€/séance dans la limite de 4 séances par an, max 120€ / an	40€/séance dans la limite de 4 séances par an, max 160€ / an
Cure thermale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

* Tel que défini réglementairement

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements

(2)« - Prise en charge par période de deux ans* d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture pour les assurés de 16 ans et plus;
- Prise en charge par période d'un an* d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture pour les mineurs de moins de 16 ans ;
- Prise en charge par période de 6 mois (*) pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.
Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
* Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. »

(3) Pour les équipements optiques possibilité de mixer des éléments du panier 100% santé avec des éléments à tarif libre.
(4) Le prix réglementaire de vente est limité à 30 € pour les montures de classe A (panier 100% santé)
(5) Le remboursement au titre de la monture de classe B (tarif libre) est plafonné à 100 €.
(6) Définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables : voir tableaux annexes

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 de vos besoins pour vous assurer que vous êtes correctement protégé.

DES SERVICES INCLUS

Pour faciliter le quotidien de tous :

- **Des réductions pour vos lunettes et audioprothèses grâce à nos réseaux d'opticiens et audioprothésistes partenaires, Kalixia**
- **L'assistance RMA : 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
- **Deuxième avis (*www.deuxiemeavis.fr/mnt*)** 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 fonds d'action sociale** : les membres participants peuvent bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement des frais de santé. En cas de situation de handicap ou de dépendance, ces aides peuvent également intervenir pour l'aménagement d'un domicile, d'un véhicule ou d'appareillage lié au handicap. Des aides exceptionnelles peuvent également être octroyées à la suite de catastrophes naturelles