

## Qui peut adhérer ?

**Les Membres participants :** Les agents des **collectivités qui ont adhéré à la convention du Centre de Gestion**, titulaires ou non titulaires, contrats de droit public ou privé, à temps complet, non complet ou partiel.

### Les Ayants-droits

- Le conjoint non séparé, le concubin déclaré, la personne liée par un PACS,
- Les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- Les enfants handicapés de moins de 26 ans vivant au domicile de l'assuré,
- Les enfants du conjoint, concubin déclaré, ou de la personne liée par un PACS à charge au sens de la Sécurité Sociale.

## Qui ne peut pas adhérer ?

- Les élus
- Les stagiaires de l'Enseignement Supérieur

## Pour adhérer, c'est très simple

- **Vous ne disposez pas de complémentaire santé :** Votre adhésion peut intervenir au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'enregistrement de cette adhésion en ligne.
- **Vous êtes actuellement adhérent à la complémentaire santé de la MNT :** Vous restez adhérent
  1. Toutefois vous devez résilier votre contrat actuel pour intégrer le contrat du CDG 88 :
    - Par email à : [web-adh-d088@mnt.fr](mailto:web-adh-d088@mnt.fr)
    - Par courrier adressé à : Agence MNT, 22 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 88000 EPINAL
  2. Pour adhérer au contrat collectif proposé par le CDG 88. Il vous faut remplir un nouveau bulletin d'adhésion en ligne (votre collectivité vous communiquera un lien internet pour effectuer cette démarche d'adhésion)
- **Vous êtes couvert par une complémentaire santé autre que celle de la MNT :** Pour profiter de ces garanties, vous devez résilier votre complémentaire santé actuelle et remplir un nouveau bulletin d'adhésion en ligne en précisant la date d'effet d'adhésion souhaitée.

### Résiliation infra-annuelle

*Si vous avez souscrit votre contrat depuis au moins 12 mois, vous ou la personne morale souscriptrice aurez aussi la possibilité de le résilier à tout moment sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prendront effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par vous-même ou par la personne morale souscriptrice.*

*Le CDG88 peut vous accompagner dans les démarches de résiliation auprès de votre mutuelle actuelle. Contactez le CDG88 pour plus d'information : [psc@cdg88.fr](mailto:psc@cdg88.fr).*

### Les pièces à fournir pour adhérer :

- > Un relevé d'identité bancaire ou Postal (pour le paiement des prestations)
- > Une photocopie de **l'attestation** Carte Vitale pour tous les bénéficiaires inscrits (vous pouvez récupérer votre attestation sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou à la borne de votre caisse de Sécurité Sociale).

## Vous préférez nous rencontrer ...

Les agents du Centre de Gestion sont à votre disposition sur rendez-vous :

- Soit dans votre collectivité
- Soit au Centre de Gestion, 1 rue de l'Abbé Haustète 88190 GOLBEY

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 775 678 584 – Crédits photos : Getty Images  
Document à caractère publicitaire - Ref : Santé CDG 88 - 2024

> RENSEIGNEZ-VOUS :

[psc@cdg88.fr](mailto:psc@cdg88.fr)

En appelant le  
**03 54 04 62 67**  
(prix d'un appel local)



# CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ

## CENTRE DE GESTION DES VOSGES

### ACTIFS ET RETRAITÉS 2024

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

# UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ADAPTÉE À VOS BESOINS ET À VOTRE BUDGET

**2 formules pour vous couvrir au mieux** nous offrent des niveaux de couverture et de services qui s'adaptent au mieux aux besoins de chaque Agent et de sa famille.

## De nombreux services inclus pour faciliter votre quotidien

- Un espace **adhérent en ligne** pour consulter vos remboursements, géolocaliser un opticien partenaire, nous adresser vos demandes de remboursements, signaler votre changement d'adresse postale...
- Des **réductions pour l'achat de vos lunettes et audioprothèses** grâce à notre réseau KALIXIA.
- **Assistance : des prestations d'assistance sont proposées dans les cas suivants :**
  - En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et en cas d'immobilisation
  - En cas d'hospitalisation ou immobilisation d'un enfant de moins de 16 ans
  - En cas de décès
  - En cas de déplacement (rapatriement médical)

## Vos cotisations mensuelles 2024

### Régime général

Formules	Catégorie	Assuré	Conjoint / Adulte à charge	Enfant à charge	Famille*
Garantie Essentielle	Assuré -30 ans	32,26 €	31,16 €	21,26 €	105,21 €
	Assuré -50 ans	45,46 €	43,26 €	21,63 €	132,34 €
	Assuré +50 ans	66,35 €	65,62 €	22,36 €	176,33 €
	Retraité	92,38 €	92,38 €	22,36 €	185,13 €
Garantie Optimale	Assuré -30 ans	39,96 €	37,76 €	27,50 €	132,71 €
	Assuré -50 ans	61,96 €	60,49 €	27,13 €	176,33 €
	Assuré +50 ans	91,28 €	90,55 €	29,33 €	239,02 €
	Retraité	132,71 €	132,71 €	30,79 €	265,05 €

### → PMSS 2023 : 3 666 €

Les cotisations sont données à titre indicatif sur la base du PMSS 2023 (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale). Elles sont maintenues pour 2024.

**Votre collectivité participe au financement de cette complémentaire santé.** Les cotisations seront prélevées mensuellement sur votre salaire. Le montant de cette aide vient en déduction des cotisations ci-dessus. Merci de vous rapprocher de votre collectivité pour en connaître le montant et les modalités.

\*Précisions sur les cotisations Famille :

- Le tarif famille est étendu à tous les membres de la famille de l'assuré (voir définition des ayants-droits au CTP).
- Le tarif famille s'applique dès qu'il s'avère plus intéressant pour l'adhérent et ses ayants droits.
- La formule de garantie au sein de la famille d'un Assuré est identique à celle de l'Assuré.
- Les modifications de cotisation dues à l'âge s'effectuent au 1er janvier qui suit la date anniversaire.

## Tableau des remboursements

Nature des risques (remboursements Sécurité sociale incluse)	Formule Essentielle	Formule Optimale
<b>SOINS COURANTS</b>		
Honoraires médicaux (généralistes)	100% BR	100% BR
Honoraires médicaux (spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70% BR	95% BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	50% BR	75% BR
Honoraires paramédicaux	100% BR	115% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	115% BR
Radiographie médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	135% BR
Radiographie médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	115% BR
Actes Techniques Médicaux médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	135% BR
Actes Techniques Médicaux médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	115% BR
Médicaments	100% BR	100% BR
Matériel médical		
- Fournitures médicales, pansements	150% BR	250% BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	150% BR	250% BR
Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale	100% BR	100% BR
Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	NEANT	20€ par séance max 2/an
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (art L.162-58 CSS)	100% BR	100% BR
<b>OPTIQUE</b> : Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.		
<b>Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans</b>		
<b>Équipements 100% Santé (Classe A) <sup>(2)</sup></b>		
- Monture	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Verres	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
<b>Autres équipements (Classe B)</b>		
- Monture	Remboursement RO plus 75 €	Remboursement RO plus 95 €
- Verres	voir grille optique	voir grille optique
- Adaptation de l'ordonnance	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	100% BR + 100 € / an	100% BR + 150 € / an
Lentilles non remboursées par le régime de base	100 € / an	150 € / an
Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	NEANT	200 € / œil
<b>DENTAIRE</b>		
Soins et prothèses 100% Santé <sup>(2)</sup>	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins hors 100% Santé	125% BR	150% BR
<b>Prothèses hors 100% Santé</b>		
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core	270% BR	370% BR
- Inlay core	125% BR	150% BR
Parodontologie non remboursée par le régime de base	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base	250% BR	300% BR
Implantologie (maxi 2)	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b> : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans		
<b>Équipements 100% <sup>(2)</sup></b>		
Équipements hors 100% Santé (dans la limite de 1700 €/appareil, sécurité sociale incluse)	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire
<b>Piles et accessoires</b>		
	100% BR	100% BR
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
Honoraires	100% BR	200% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70% BR	95% BR
	50% BR	75% BR
Participation du patient <sup>(3)</sup>	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière max 60j en Ets spécialisés	67 € / jour	67 € / jour
Chambre particulière ambulatoire	20 € / jour	20 € / jour
Frais d'accompagnant	15 € / jour	25 € / jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgence (Art L.160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels
<b>MATERNITÉ</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
Honoraires	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70% BR	95% BR
	50% BR	75% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
<b>DIVERS</b>		
Transport pris en charge par le régime de base	100% BR	100% BR
Cure thermique prescrite et acceptée le régime de base	NEANT	100% BR + 100 €
Assistance	OUI	OUI
Réseau de soins	OUI	OUI

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM-CO).

(2) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100% santé. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique, et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et des prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes

(3) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.