

L'ADHESION :

- ADHESION COLLECTIVITE

- La collectivité envoie sa délibération au CDG avec la convention de gestion
- Le CDG envoie la délibération à MNT
- La MNT transmet le lien URL de la collectivité au CDG
- Le CDG transmet le lien URL et le formulaire d'accréditation à la collectivité
- La collectivité renvoie le formulaire d'accréditation complété au CDG
- La MNT transmet à la collectivité ses codes pour accéder à son espace en ligne
- La collectivité communique le lien URL et le « pas à pas » à ses agents

- ADHESION AGENT

- Les agents préparent les documents suivants :
 - Le RIB/BAN
 - Une Fiche de salaire (où figure le n° matricule)
 - L'attestation de la CPAM (délivrable sur ameli.fr) → **sans ces 3 documents, l'adhésion ne pourra être validée**
- Les agents effectuent leur adhésion en se connectant « directement » sur le lien URL

INTERCOMMUNAUX :

- C'est la collectivité dite "principale" (où l'agent fait le plus grand nombre d'heures, ou en cas d'horaires égaux, c'est la collectivité où il a été recruté en 1er) qui précompte la cotisation MUTUELLE SANTE, en concertation avec les autres employeurs
- L'agent perçoit la participation employeur de chaque collectivité qui l'emploie. Il faut une concertation de chaque collectivité pour ne pas donner plus que la cotisation.

AGENT EN DISPONIBILITE :

- Un agent en **disponibilité pour convenances personnelles** ne peut plus adhérer auprès de sa commune (plus de salaire et de participation employeur). Sauf pour un agent qui souhaite prendre une disponibilité pour convenances personnelles pour aller voyager peut, dans certains cas, garder son contrat MUTUELLE SANTE. Merci de transmettre l'arrêté de mise en disponibilité pour changement de situation.
- Si au titre d'une disponibilité, l'agent entend exercer une activité **dans le privé**, il peut adhérer à la mutuelle GROUPE de son entreprise. L'agent devra nous faire parvenir un courrier de radiation et une attestation de son employeur précisant le caractère obligatoire de l'adhésion.
- A la fin de la disponibilité, si l'agent entend reprendre son poste au sein de sa collectivité, il conviendra de faire une nouvelle adhésion, si l'agent en fait la demande.

LES RETRAITES :

Comment se passe l'adhésion pour un retraité ?

- Le bulletin d'adhésion est papier.
- Voici les documents qui sont nécessaires pour la bonne réalisation de l'adhésion (pas de E-BA pour les retraités), à savoir :
 - o Le bulletin d'adhésion
 - o Le Mandat de prélèvement
 - o Le RIB/IBAN
 - o L'attestation de droits de la Sécurité Sociale (et non pas une copie de la carte vitale) pour chaque membre adhérent et participant si numéro CPAM différent
 - o L'arrêté de mise en retraite

LES ASSURES :

Qui peut s'assurer ?

- Les agents (stagiaires/titulaires/contractuels droit public ou privé/retraités de la collectivité) des collectivités qui ont adhéré au contrat-groupe du CDG88

Qui sont les ayants-droits ?

- Le conjoint/le concubin déclaré/la personne liée par un PACS/les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale/les enfants handicapés vivant au domicile de l'assuré/les enfants du conjoint ou concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS au sens de la Sécurité Sociale).

LES MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT :

- CONCERNANT LES TRANCHES D'AGE : pas de changement en cours d'année = les modifications de cotisation dues à l'âge s'effectuent au 1^{er} janvier.
- CONCERNANT LES CHANGEMENTS D'OPTION : les cotisations seront modifiées en conséquence sur l'appel de cotisation

L'agent formalisera sa demande en utilisant le bulletin de demande de modification.

Cocher la case « modification » sur le bulletin d'adhésion.

- Ajout de bénéficiaire

« Pour les enfants étudiants, un certificat de scolarité et un justificatif prouvant leur statut « à charge fiscalement » (attestation sur l'honneur + copie de l'avis d'imposition du Membre Participant)

- Départ en retraite

Modification de la cotisation et du mode de paiement de la cotisation (mandat SEPA à compléter + RIB à transmettre)

Dans le cadre d'une demande de modification de garanties

- L'agent formalisera sa demande en utilisant le **bulletin de modification avant le 31 octobre pour une mise en place au 1^{er} janvier.**

« Le membre participant peut chaque année à l'échéance choisir de modifier la formule de garantie dont il bénéficie pour lui et les personnes qui lui sont rattachées, sous réserve d'avertir l'organisme d'assurance par lettre recommandée avec accusé de réception dans le respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance. »

« **En cas de changement de structure familiale**, la modification de garantie intervient le 1^{er} du mois suivant le délai de deux mois d'envoi de la demande. »

Autrement dit, en cas d'ajout de bénéficiaire, modification des garanties possible en cours d'année :

Exemple : Réception de l'ajout le 15/12 = Modification de la garantie au 1/3

La collectivité aura donc un bordereau avec une régularisation en crédit ou en débit selon la demande de l'adhérent (changement d'option, ajout de bénéficiaire, retrait bénéficiaire ...)

LES FORMULES :

- Choix entre 2 formules : **Essentielle** (formule moyenne gamme) et **Optimale** (formule haut de gamme)

LA SURCOMPLEMENTAIRE :

- Cette option permet un meilleur remboursement sur :
 - o Les Honoraires médicaux (dépassements d'honoraires et radiographie)
 - o En optique sur la monture
 - o En hospitalisation sur les dépassements d'honoraires
- La surcomplémentaire peut être rajouter aussi bien à la Formule Essentielle ou la Formule Optimale.

INFORMATION CONCERNANT L'OPTION SURCOMPLEMENTAIRE – OPTIQUE

Nous vous informons que l'OPTION SURCOMPLEMENTAIRE n'est pas un contrat dit RESPONSABLE. De ce fait, la somme de 50 € allouée en OPTIQUE n'apparaît pas sur les devis réalisés par KALIXIA et LIGNE CLAIRE.

Il convient donc de déduire les 50€ du reste à charge pour connaître le coût réel de l'équipement.

L'assuré ayant opté pour cette garantie devra envoyer à la MNT via son espace adhérent la facture de l'opticien acquittée pour obtenir le remboursement.

LA CARTE DE TIERS PAYANT :

- Elle sera envoyée à l'agent dans un délai de 15 jours par courrier. Il peut également l'imprimer via son accès personnel sur www.mnt.fr à partir du 01/01/2020.

LES ENFANTS :

Dans le cadre des adhésions en ligne, voici une précision importante concernant l'adjonction **d'un enfant de 16 ans et plus** ayant son propre numéro d'immatriculation SECURITE SOCIALE.

Lors de la saisie du bénéficiaire, l'agent devra cliquer sur le pavé **AUTRE**, scanner l'attestation de droits CPAM de l'enfant et de poursuivre sa saisie jusqu'à la validation de son adhésion.

Au niveau de la cotisation, mon enfant de + de 18 ans est-il considéré comme adulte ou enfant ?

- Les enfants étudiants et fiscalement à charge sont considérés comme AYANTS DROIT. Ils bénéficient de la cotisation ENFANT.

Un enfant qui travaille peut-il rester comme ayant droit sur le contrat de ses parents ?

- Oui, si l'enfant est en apprentissage ou en emploi saisonnier et qu'il est toujours en charge fiscalement.
- Non, si l'enfant est en CDD ou en CDI.

PAIE

Quand la collectivité doit régler les cotisations à l'assureur ?

- La collectivité recevra tous les trimestres un appel de cotisation disponible également sur son espace en ligne « état des prélèvements sur salaire ». Il conviendra de retourner ce document daté et signé. Le numéro de mandat correspondant est à indiquer également. L'adresse d'envoi ainsi que les coordonnées du compte figurent sur le document.
- La collectivité prélève la cotisation de l'agent mensuellement à terme échu (exemple : cotisation de janvier, prélevée sur le bulletin de salaire de janvier)

Où trouver le RIB ?

Les coordonnées bancaires de l'assureur sont disponibles sur notre site www.88.cdgplus.fr.

QUESTIONS DIVERSES :

L'IMPLANTOLOGIE : Quel remboursement ?

- FORFAIT 150€ en formule ESSENTIELLE
- FORFAIT 250€ en formule OPTIMALE

Le forfait est par AN (2 IMPLANTS PAR AN) et PAR BENEFICIAIRE.

PARODONTOLOGIE :

- Il n'y a pas de forfait supplémentaire dans le cadre d'une adhésion à la garantie SURCOMPLEMENTAIRE.

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS SANTE SUR LE COMPTE D'UN AYANT-DROIT :

- Un ayant-droit a la possibilité d'avoir ses remboursements de prestations SANTE sur son compte bancaire : il faudra, une fois l'adhésion validée, que le membre principal en fasse la demande par écrit en joignant le RIB de l'intéressé ou bien de faire une demande via son espace ADHERENT www.mnt.fr

PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS :

- Prise en charge à 100 %. Selon les vignettes, la MNT remboursera le complément.
- Attention, les pansements ne rentrent pas dans le domaine des médicaments (voir matériel médical sur le tableau des prestations)

HOSPITALISATION :

Qu'est-ce qu'un établissement spécialisé ?

- Un **établissement (spécialisé)** ou service **social** ou **médico-social** (ESSMS) est une structure dont la vocation est d'accueillir et d'accompagner, dans leur enceinte ou de manière ambulatoire, pour une brève durée ou au long cours, des personnes handicapées, dépendantes ou en situation d'exclusion **sociale**. **Exemple dans les Vosges** : HOPITAL PSYCHIATRIQUE RAVENEL

La télévision est-elle remboursée ? NON

Que signifie par 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 €.

DECES DE L'AGENT : En cas de décès de l'agent est-ce que son conjoint peut continuer à bénéficier du contrat ?

- NON : Le contrat du MEMBRE PARTICIPANT sera résilié (plus de prélèvement sur salaire et plus de participation).

La veuve ou le veuf pourra prendre une offre individuelle à la MNT sans rupture de contrat (étude des besoins + devis).