



La Complémentaire Santé

des agents des Collectivités et Etablissements du Centre de Gestion de la Haute-Garonne



Mon Employeur a souscrit une convention de participation, par l'intermédiaire du Centre de Gestion de la Haute-Garonne, me permettant de bénéficier d'une couverture santé complémentaire négociée pour mes ayants droit et moi-même.

Le Centre de Gestion de la Haute-Garonne a fait le choix de confier la gestion de ce contrat à la MNFCT et le déploiement du dispositif auprès de mon Employeur à AlterNative Courtage.

En souscrivant les garanties proposées, je bénéficie de la participation financière de mon employeur.

Comment adhérer ?

Pour bénéficier des garanties :

- ❶ Je remplis, date et signe le Bulletin d'Adhésion Individuel, en deux exemplaires dont un que je conserve.
- ❷ Je transmets l'autre à mon Service du Personnel, accompagné d'un RIB, d'une copie de l'Attestation de Droits à l'Assurance Maladie concernant chacun bénéficiaire et, le cas échéant, du mandat de prélèvement bancaire SEPA.
- ❸ Ma carte de tiers payant est envoyée directement à mon domicile.

Les plus de la MNFCT

Des remboursements sous 48 heures
Le réseau de tiers payant généralisé Alмерыs
Le réseau de soins Carte Blanche
L'assistance à domicile IMA
L'action sociale solidaire

J'ai besoin de compléments d'information sur les garanties ou les modalités d'adhésion ?

Je contacte AlterNative Courtage

par mail : contact@alternative-courtage.fr

par téléphone : 09 72 57 67 36
(coût d'un appel local, gratuit depuis une box)



PRESTATIONS	Montant du remboursement			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4

Les prestations exprimées en % incluent le remboursement de la Sécurité Sociale et sont limitées à la dépense engagée.
Les prestations en € s'ajoutent au remboursement de la Sécurité Sociale et sont limitées à la dépense engagée.
Les pourcentages de remboursements sont calculés sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

OPTAM : Option de Pratique TARIFAIRE Maîtrisée (OPTAM-CO : Option de Pratique TARIFAIRE Maîtrisée pour les Chirurgiens-Obstétriciens)

SOINS				
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie				
Honoraires médecins OPTAM / OPTAM-CO	120 %	150 %	175 %	200 %
Honoraires médecins non OPTAM	100 %	130 %	155 %	180 %
Frais d'honoraires auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %
Actes de spécialités	120 %	150 %	175 %	200 %
Frais d'examens de biologie médicale	100 %	100 %	120 %	150 %
Transport	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires psychologiques « Dispositif Mon Psy » (*)	100 %	100 %	100 %	100 %
Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie				
Participation assuré actes > 120 €	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
Frais d'examens de biologie médicale	/	20 €	30 €	40 €
Médecine douce (plafond de 5 séances par an)	/	20 € / séance	20 € / séance	30 € / séance
Ostéodensitométrie (par an)	/	50 €	50 €	50 €

(*) « Dispositif Mon Psy » : Prise en charge dans le cadre de l'article L162-58-1 CSS (8 séances par an : 1 séance à 40 € + 7 séances à 30 €, sans dépassement d'honoraires)

PHARMACIE				
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie				
Médicaments & Homéopathie	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccins antigrippal & Vaccins & Contraception sur prescription	100 %	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiniques (par an et par bénéficiaire)	TM + 50 €	TM + 80 €	TM + 80 €	TM + 80 €
Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie				
Pharmacie prescrite (par an)	/	20 €	20 €	30 €
Automédication (par an)	/	20 €	20 €	30 €

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ				
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie				
Honoraires médicaux médecins OPTAM / OPTAM-CO	120 %	150 %	175 %	200 %
Honoraires médicaux médecins non OPTAM	100 %	130 %	155 %	180 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de spécialités médecins OPTAM / OPTAM-CO	120 %	150 %	175 %	200 %
Actes de spécialités médecins non OPTAM	100 %	130 %	155 %	180 %
Soins thermaux	100 %	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Forfait Patient Urgence (FPU) (passage sans hospitalisation)	100 %	100 %	100 %	100 %
Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie				
Participation assuré actes > 120 €	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
Forfait journalier hospitalier	20 €	20 €	20 €	20 €
Forfait journalier psychiatrie	15 €	15 €	15 €	15 €
Chambre particulière avec nuitée ⁽¹⁾ (par jour)	30 €	50 €	50 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée ⁽¹⁾ (par jour)	/	20 €	20 €	30 €
Frais accompagnant enfant – de 16 ans (par jour)	20 €	30 €	30 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	30 €	50 €

(1) La prise en charge des frais de chambre particulière est d'au maximum 60 jours par an pour les disciplines spécialisées : convalescence, rééducation, réadaptation, psychiatrie.

DENTAIRE				
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie				
Honoraires de praticiens	100 %	100 %	125 %	150 %
Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	150 %
Prothèses dentaires (y compris onlays-inlays)				
. Panier de soins 100 % Santé (0 reste à charge) (*)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
. Panier de soins aux tarifs maîtrisés	150 %	200 %	300 %	400 %
. Panier de soins aux tarifs libres	150 %	200 %	300 %	400 %
Orthodontie	150 %	200 %	300 %	400 %
Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie				
Prothèse dentaire (par prothèse et par semestre)	100 €	200 €	200 €	300 €
Orthodontie (par an)	100 €	200 €	200 €	300 €
Parodontologie (par an)	50 €	100 €	150 €	200 €
Implant (par implant, maximum 3 implants / an)	/	100 €	200 €	300 €

(*) Effectif depuis le 01/01/2020 à l'exception des prothèses amovibles depuis le 01/01/2021

ACTES DE PRÉVENTION				
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de – de 14 ans)	100 %	100 %	100 %	100 %
Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %	100 %
Bilan du langage (enfant de – de 14 ans)	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage Hépatite B	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage trouble de l'audition (personne de + de 50 ans)	100 %	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (personne de + de 50 ans)	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccins (sur liste)	100 %	100 %	100 %	100 %



PRESTATIONS	Montant du remboursement			
	Les prestations exprimées en % incluent le remboursement de la Sécurité Sociale et sont limitées à la dépense engagée. Les prestations en € s'ajoutent au remboursement de la Sécurité Sociale et sont limitées à la dépense engagée. Les pourcentages de remboursements sont calculés sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4

OPTIQUE ⁽²⁾

Chaque assuré peut bénéficier d'une prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, où les forfaits s'appliquent alors pour les frais engagés par période d'1 an. Le délai de 2 ans s'apprécie par rapport à la date de facturation de l'équipement optique précédent.

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie (dont forfait monture limité à 100 €)

Equipelement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif depuis le 01/01/2020)

Equipelement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipelement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Equipelement avec verres de classe a)	150 €	220 €	300 €	380 €
Equipelement avec verres de classe b)	200 €	290 €	390 €	500 €
Equipelement avec verres de classe c)	250 €	350 €	480 €	620 €
Equipelement avec verres de classe d)	150 €	300 €	430 €	550 €
Equipelement avec verres de classe e)	250 €	400 €	550 €	700 €
Equipelement avec verres de classe f)	250 €	400 €	550 €	700 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	200 €	250 €

Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie

Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	100 €	200 €	300 €	400 €

(2) DESCRIPTIF DES ÉQUIPEMENTS

a) Equipement simple	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries
b) Equipement mixte	Un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
c) Equipement complexe	Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 .00 et +6.00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs
d) Equipement mixte	Un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
e) Equipement complexe et très complexe	Un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
f) Equipement très complexe	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 et +8.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries

AIDES AUDITIVES**Equipelement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif depuis le 01/01/2021)**

Equipelement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipelement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Prothèses auditives (par an et par appareil)	200 €	300 €	400 €	500 €

AUTRES PRESTATIONS**Prestations remboursées par l'Assurance Maladie**

Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100 %	125 %	125 %	150 %
Orthopédie (par an)	50 €	100 €	150 €	200 €
Prothèses mammaires (par an)	200 €	300 €	400 €	500 €
Prothèses capillaires (par an)	200 €	300 €	400 €	500 €
Prothèses oculaires (par an)	200 €	300 €	400 €	500 €
Grand appareillage (par an)	200 €	300 €	400 €	500 €

Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie

Allocation maternité	100 €	150 €	200 €	200 €
Allocation cancer ⁽³⁾	300 €	400 €	500 €	500 €
Assistance ⁽⁴⁾	OUI	OUI	OUI	OUI

(3) L'allocation cancer est versée une fois par assuré au moment du diagnostic initial.

(4) **ASSISTANCE : DES SERVICES DE QUALITÉ** (Sous réserve des conditions de prise en charge décrites dans la Notice d'Information)

Je contacte les services Assistance au 0970 820 692 (appel non surtaxé)	
Dès la souscription de mon contrat	Conseil social (aide & accompagnement en droits sociaux) / Informations juridiques (famille, santé, retraite, dépendance, ...)
En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation :	Aide-ménagère / Présence d'un proche / Services de proximité / Préparation du retour au domicile / ... :
. Les + famille	. Prise en charge des enfants - de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) / Prise en charge des ascendants / ...
. Les + maternité	. Aide-ménagère / Acquisition gestes 1 ^{er} enfant / Prise en charge des enfants - de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)
. Les + emploi	. Aide au retour à l'emploi / Bilan d'employabilité / Conseils 1 ^{er} emploi
Garanties liées aux retraités & aux seniors	Coaching conduite / Coach retraite
En cas d'événement traumatisant	Soutien psychologique
En cas de maladie redoutée	Enveloppes de services (aide-ménagère, livraison de courses, ...) / Téléassistance / Services travaux pour aménagement du domicile / ...
En cas de décès	Aide à la recherche d'un prestataire funéraire / Aide-ménagère / Présence d'un proche / ...
En cas de chirurgie ambulatoire	Aide-ménagère / Présence d'un proche / Services de proximité / ...
Garanties pour l'adhérent aidant	Téléassistance (téléalarme / intervention à domicile / ...)
Protection juridique "Recours médical"	En cas de litige ou de différend opposant l'adhérent ou l'un ses ayants droit à un tiers et résultant d'un accident médical



TARIFS PAR TRANCHE D'ÂGE

TARIFS AU 01/01/2023 ⁽⁵⁾	Niveau 1 Montant	Niveau 2 Montant	Niveau 3 Montant	Niveau 4 Montant
Enfant (gratuité dès le 3 ^{ème} inclus)	20,05 €	27,13 €	38,29 €	50,47 €
Actif ≤ 30 ans (*)	28,89 €	40,68 €	44,86 €	56,25 €
31 < Actifs ≤ 40 ans (*)	34,80 €	47,76 €	53,24 €	69,24 €
41 < Actifs ≤ 50 ans (*)	44,21 €	57,23 €	68,83 €	89,92 €
51 < Actifs ≤ 60 ans (*)	56,04 €	69,01 €	83,19 €	111,93 €
Actifs > 60 ans (*)	64,31 €	79,62 €	102,33 €	131,33 €
Retraités	84,36 €	109,10 €	134,65 €	167,57 €

(5) Indexation des cotisations sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS), au 1^{er} janvier de chaque année (date d'échéance du contrat collectif d'assurance).

PMSS 2023 : 3 666 €.

Questions / Réponses

Comment résilier mon contrat actuel ?

- J'ai adhéré à mon contrat Santé Individuel il y a **plus** de 12 mois ?

Grâce à la faculté de Résiliation Infra-Annuelle (article L.221.10-3 du Code de la Mutualité), je peux résilier mon contrat actuel sous un délai d'un mois. Pour cela, avec mon Bulletin d'Adhésion, je complète et joins le mandat de résiliation et la MNFCT se charge de la procédure de résiliation.

- J'ai adhéré à mon contrat Santé Individuel il y a **moins** de 12 mois ?

En respectant le préavis de résiliation de mon contrat (souvent, 2 mois : à vérifier sur mon contrat actuel) et sa date anniversaire (souvent le 1^{er} janvier : à vérifier sur mon contrat actuel), j'adresse un courrier de résiliation à mon assureur actuel par lettre recommandée avec accusé de réception.

Ai-je la possibilité de choisir des niveaux de garanties différents pour chaque bénéficiaire ?

Je peux tout à fait choisir un niveau de garanties différent pour chaque bénéficiaire du contrat. Par exemple :

- Niveau 2 pour mon conjoint et moi
- Niveau 3 pour mes enfants.

Dois-je remplir un questionnaire médical afin d'adhérer ?

Aucun questionnaire médical n'est à renseigner pour adhérer au présent contrat.

Comment adhérer ?

Je remplis, date et signe le Bulletin d'Adhésion Individuel, en deux exemplaires dont un que je conserve. Je transmets l'autre à mon Service du Personnel, accompagné d'un RIB, d'une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie pour chaque bénéficiaire et, le cas échéant, du mandat de prélèvement bancaire SEPA. Mon Employeur se charge de transmettre ces éléments à la MNFCT. Je n'oublie pas de résilier mon contrat actuel.

Puis-je changer de niveau de garanties à la hausse ou à la baisse ?

Je peux demander la modification du niveau de garanties, à la hausse ou à la baisse, sous réserve de bénéficier de ma formule actuelle depuis plus de 12 mois. La modification des garanties prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de ma demande.

Comment dois-je régler ma cotisation ?

Mon Employeur a fait le choix, pour l'ensemble de ses Agents, entre le précompte sur salaire et le prélèvement direct sur compte bancaire, auquel cas, il m'est alors demandé de joindre un mandat SEPA.

Qui contacter en cas de questions complémentaires non évoquées dans ce document ?

Je peux contacter AlterNative Courtage :

- par e-mail en transmettant ma demande à l'adresse contact@alternative-courtage.fr.
- par téléphone au 09 72 57 67 36 (coût d'un appel local, gratuit depuis une box). Ce service est joignable du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.