



Présentation des contrats collectifs santé et prévoyance du CDG79

Vos décisions à prendre en vue d'une mise en place au 01/01/2026

Enjeux d'attractivité : la PSC en tant que levier indispensable à l'attractivité de la fonction publique et des métiers territoriaux et l'intégrer dans une politique globale des R.H.

Enjeux de santé :

- permettre aux agents de bénéficier d'un accès aux garanties et prestations en prévoyance et d'un accès aux soins
- assurer aux agents une sécurité financière face aux aléas liés à l'indisponibilité physique.
- intégrer la question de la PSC dans une démarche de prévention des risques,

Enjeux financiers : trouver l'équilibre entre le financement de la PSC et la gestion des budgets contraints.

La protection sociale complémentaire recouvre deux risques :

Assurance Prévoyance (ou maintien de salaire)

Souscrite par les agents **pour garantir le maintien de salaire** en cas d'aléas de la vie (maladie, accident, hospitalisation), en complément des garanties statutaires. Peut comprendre une garantie « décès » pour protéger la famille en cas de décès de l'agent.

Garanties obligatoires :

- incapacité temporaire de travail
- invalidité permanente

Auxquelles peuvent s'ajouter des garanties optionnelles au choix de l'agent

Complémentaire Santé (ou mutuelle)

souscrite par les agents pour qu'ils soient remboursés, **en complément de la Sécurité Sociale, pour les consultations et actes médicaux.**

Les garanties couvrent :

- Les soins médicaux, médicaments, appareillage, médecine douce
- Hospitalisation et chirurgie, soins thermaux
- L'optique et le dentaire,
- L'audioprothèse

Les obligations des employeurs territoriaux



Les obligations des employeurs territoriaux

Une obligation de financement

Une obligation pour les employeurs publics de verser une participation financière dont le montant minimum est fixé par décret à :

7 euros bruts mensuels par agent pour la prévoyance

Quel que soit le temps de travail de l'agent.

Tous les agents peuvent y prétendre :

- Les fonctionnaires stagiaires et titulaires
- Les contractuels de droit public
- Les contractuels de droit privé

Depuis le 01/01/2025

15 euros bruts mensuels par agent pour la santé

Quel que soit le temps de travail de l'agent.

Tous les agents peuvent y prétendre :

- Les fonctionnaires stagiaires et titulaires
- Les contractuels de droit public
- Les contractuels de droit privé

À compter du 01/01/2026

+ ayants droit des agents (conjoint, enfants)
+ agents partis à la retraite pendant la durée du contrat

Il appartient à l'assemblée délibérante **de fixer les montants de participation (qui ne peuvent être inférieurs aux montants précités)**. Le montant de la participation peut être modulé pour **un motif d'intérêt social** selon les critères suivants :

- les revenus (niveau de rémunération / un montant plus élevé aux agents dont la rémunération est plus faible)
- la situation familiale (exemple : selon le nombre d'ayants droit adhérents au contrat santé)

Aucun autre critère ne peut être retenu.

Les obligations des employeurs territoriaux

Une obligation de proposer un dispositif de participation

2 dispositifs éligibles à la participation employeur

- La collectivité doit opter pour l'un des deux dispositifs pour chaque risque.
- Le dispositif peut être différent selon le risque,
- Un seul dispositif par risque. Pas de cumul possible pour un même risque,

La labellisation Contrat individuel	La convention de participation Contrat collectif (proposé par le CDG)
- Démarche individuelle de l'agent qui choisit une offre répondant aux critères de labellisation (critères de solidarité) - L'agent doit présenter tous les ans une attestation de labellisation de son contrat pour bénéficier de la participation	- L'employeur propose à l'agent un contrat collectif, dont les conditions contractuelles et tarification sont identiques à l'ensemble des agents - Seuls les agents adhérents au contrat collectif perçoivent la participation

⇒ Quel que soit le dispositif retenu, la collectivité doit saisir le CST pour avis et délibérer ensuite sur son choix (labellisation ou convention de participation du CDG) et sur le montant de la participation.

La démarche de consultation

Les différentes étapes

Procédures de mise en concurrence organisées par le CDG79

Déploiement des contrats MNT en santé et prévoyance

PHASE 1

- DE NOVEMBRE 2024 A MARS 2025 :
- **PHASE DE RECUEIL DES MANDATS ET DES STATISTIQUES DES COLLECTIVITES**

Les collectivités ont saisi le CST et délibéré pour **donner mandat au CDG pour les consultations**

PHASE 2

- DU 1^{ER} AVRIL A JUIN 2025
- **PHASE DE CONSULTATION**
Publicité du 01/07/2025 au 16/05/2025
Analyse des offres, négociation
Attribution des offres les 7 et 11/07/2025

Les offres de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) ont été retenues

PHASE 3

- DU 1^{ER} JUILLET AU 31/12/2025
- **PHASE DE COMMUNICATION ET DEPLOIEMENT DES CONTRATS COLLECTIFS**

Les collectivités doivent **de nouveau** saisir le CST et délibérer pour adhérer aux contrats

PHASE 4

- A COMPTER DU 01/09/2025
- **PHASE D'ADHESION**
• Adhésion des collectivités
• Adhésion des agents

Les contrats collectifs MNT proposés par le CDG79

Les caractéristiques

- **La Mutuelle Nationale Territoriale** : assureur retenu pour les deux contrats. La MNT est associée à RELYENS pour la gestion du contrat prévoyance,
- Des contrats collectifs **à adhésion facultative pour les agents**, d'une durée de 6 ans : du 01/01/2026 au 31/12/2031
- Des conventions de participation « **ouvertes** » :

Situation 1. Votre collectivité a participé à la consultation en donnant mandat au CDG : Votre collectivité peut adhérer à tout moment pendant la durée de validité du présent contrat dès lors que vos statistiques de la population à assurer ont été jointes au dossier de consultation des entreprises (DCE).

Situation 2. Votre collectivité n'a pas participé à la consultation. Votre collectivité peut y adhérer sous réserve de produire un fichiers statistiques, Après étude, la MNT adresse au CDG les taux de cotisation applicables aux garanties qui sont :

- Soit identiques aux taux de cotisation mutualisés du présent contrat,
- Soit d'un niveau supérieur si les données statistiques ne permettent pas le maintien par l'Assureur des taux de cotisation mutualisés sans impact futur sur le résultat technique du présent contrat.

Présentation du contrat collectif PREVOYANCE

Garanties et taux



Présentation du contrat collectif Prévoyance MNT/RELYENS

Les garanties prévoyance

GARANTIES OBLIGATOIRES À L'ADHÉSION

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (maintien de salaire)

Versement d'Indemnités journalières à compter :

- du passage à demi-traitement (agents fonctionnaires)
- du versement d'indemnités journalières versées par la sécurité sociale et/ou du maintien de revenu par l'employeur quelle que soit l'ancienneté de l'assuré.

IJ = 90 % de la rémunération nette (TI NBI RI)

+

GARANTIE INVALIDITÉ (incapacité permanente)

Versement d'une rente mensuelle en cas de reconnaissance d'état en invalidité à la suite de maladie ou accident d'origine vie privée ou professionnelle (consécutif à un accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle), quelque soit le taux d'invalidité.

Cela concerne:

- Le fonctionnaire CNRACL admis à la retraite pour invalidité (il perçoit alors sa pension de retraite définitive)
- L'agent relevant du régime invalidité de la sécurité sociale en cas d'incapacité à exercer une activité professionnelle percevant une pension d'invalidité (égale à 50% du salaire annuel moyen calculé sur la base des 10 meilleures années)

Rente mensuelle = Jusqu'à 90 % de la rémunération nette (TI NBI RI)

GARANTIES OPTIONNELLES

GARANTIE PERTE DE REGIME INDEMNITAIRE

Versement d'indemnités journalières pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement **en cas de placement en Congés de Longue Maladie, Longue Durée et Grave Maladie**

IJ = 90 % du montant du régime indemnitaire net

GARANTIE DÉCÈS toutes causes / PTIA

Versement d'un capital décès consécutif à accident ou maladie de l'agent assuré, aux bénéficiaires de celui-ci ou à ce dernier en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Capital = 100 % du salaire annuel brut.

GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Versement d'un capital pour compenser la perte de droit à la retraite qui est constatée au cours de la période d'invalidité.

Capital à hauteur de 50 % du PMSS (3925 € en 2025), par année d'invalidité

Présentation du contrat collectif Prévoyance MNT/RELYENS

Prévoyance – Taux de cotisation

GARANTIES OBLIGATOIRES À L'ADHÉSION

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE (1,01%)

+

GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE (1,49%)

Taux de cotisation (TBI NBI RI) : 2,50 %

GARANTIES OPTIONNELLES au choix de l'agent

COMPLEMENT GARANTIE RI à compter du 1^{er} jour
CLM-CLD-CGM plein traitement

0,31%

GARANTIE DÉCÈS toutes causes / PTIA

0,29 %

GARANTIE PERTE DE RETRAITE

0,88 %

Exemple de cotisation mensuelle pour un traitement brut de 1 700 €; TB = TIB + NBI + RI pour une adhésion aux garanties obligatoires : 42,5 €

L'exemple ne tient pas compte de la participation financière de l'employeur.

Présentation du contrat collectif Prévoyance MNT/RELYENS

Comparatif avec la convention prévoyance 2020-2025 – Impact de la réforme de la PSC

La collectivité est adhérente à la convention Prévoyance en cours (jusqu'au 31/12/2025). Les taux du contrat proposé sont plus élevés pour les motifs suivants:

- La garantie « invalidité permanente » est une garantie obligatoire depuis le 01/01/2025.
- Le montant de la rente mensuelle fixé à 40% du revenu net dans la convention 2020-2025 est fixé dans la nouvelle convention à 90% du revenu net,
- L'intégration du régime indemnitaire dans l'assiette de cotisation. Dans la convention 2020-2025 : au choix de l'agent.

Attention : au 31/12/2025, au terme de la convention prévoyance actuelle, le contrat de la collectivité adhérente et les contrats d'adhésion des agents sont automatiquement résiliés. Aussi pour éviter toute interruption des garanties, la collectivité et ensuite les agents doivent procéder à l'adhésion à la nouvelle convention (2026-2031), pour un effet au 01/01/2026.

Présentation du contrat collectif SANTÉ



Présentation du contrat collectif santé – MNT

Les bénéficiaires

Peuvent être assurés :

- **Les fonctionnaires titulaires et stagiaires**, à temps complet ou à temps non complet, quelle que soit l'ancienneté au sein de la collectivité
- **Les agents contractuels de droit public** (sur emploi permanent ou sur emploi non permanent), à temps complet ou à temps non complet, quelle que soit l'ancienneté au sein de la collectivité
- **Les agents de droit privé**, à temps complet ou à temps non complet, quelle que soit l'ancienneté au sein de la collectivité
- Les **bénéficiaires retraités** en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur,

Les **bénéficiaires ayants-droit** des actifs ou des retraités, qui sont dans l'une des situations suivantes :

- Conjoint non séparé de corps d'un bénéficiaire actif ou retraité,
- Personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité,
- Personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité
- Enfant ou petit enfant d'un bénéficiaire actif ou retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge
 - Agé de moins de 21 ans,
 - Ou âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail
 - Ou reconnu en situation de handicap par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Cas particuliers:

L'agent pluri-employeur : une seule adhésion auprès de la collectivité de son choix.

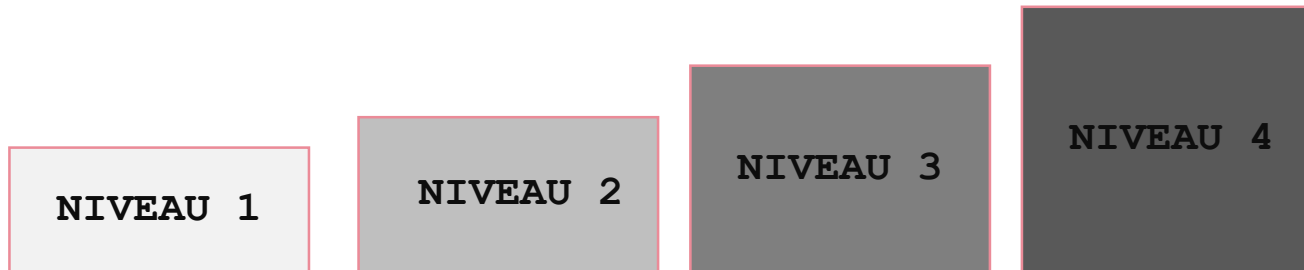
Le couple de fonctionnaires : deux adhésions pour l'obtention de deux participations

Aucune limite d'âge,
Aucun questionnaire médical
Aucun délai de carence

Présentation du contrat collectif santé MNT

Une offre de santé avec 4 niveaux de couverture

- Chaque formule Santé proposée est « **responsable** » et intègre le dispositif « **100% Santé** ».
- Vos agents sont assurés de trouver la couverture la plus proche de leurs besoins au travers de 4 formules progressives.
- L'adhésion facultative et sur demande des ayants droit entraîne le même niveau de garantie pour tous (pas de « panachage »).
- Les changements de garanties sont possibles après 12 mois d'ancienneté dans le niveau choisi et doivent être demandées avec un préavis de 2 mois.



Soins médicaux, médicaments, appareillage, médecines douces

Soins courants				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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 de 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%	150%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	130%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	115%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	/	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	/	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)				
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Pharmacie non remboursée (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	/	100 €	150 €	200 €
Substituts nicotiniques	100%	150 €	150 €	150 €
Contraception non remboursée	50 €	50 €	100 €	200 €

Les + MNT

Dépassements d'honoraires dès le niveau 2

Panier Pharmacie non remboursée dès le niveau 2

Médecines douces forfait annuel jusqu' à 200 €/an et par personne

Hospitalisation, chirurgie, soins thermaux

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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 de 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	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
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 en durée non limitée)	/	60 €	80 €	100 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	50 €	70 €

Les + MNT

Honoraires médicaux et chirurgicaux
dès le niveau 2

**Chambre particulière
60 €/jour dès le Niveau 2**

Frais accompagnant enfant -16ans dès le niveau 2

Renfort pour les soins thermaux jusqu'à 250 €

Le dentaire

Dentaire				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
<i>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	200%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS) 	Remboursement intégral			
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%
<i>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	500 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	/	200 €	300 €	500 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	300 €	500 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	600 €

Les + MNT



Orthodontie jusqu'à 400%

Prothèses dentaires jusqu'à 400%

Prise en charge dès le niveau 2 de prothèses dentaires non remboursées par l'Assurance maladie

Implantologie jusqu'à 600 €/ an

Parodontologie jusqu'à 500 €

L'Optique

Optique				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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 :				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet		Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Equipement 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 €	400 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	/	200 €	300 €	400 €

Les + MNT



Prise en charge de l'équipement optique jusqu'à 600 €

Prise en charge des lentilles remboursées et non remboursées par la SS à partir du niveau 2

Chirurgie de l'œil jusqu'à 400 € /œil

Présentation des garanties en santé

Audioprothèse

Aides auditives				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet	 Remboursement intégral			
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Les + MNT

Forfait jusqu'à 1500 € par oreille en fonction de l'âge

« Autres prestations »

Autres prestations				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
<i>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :				
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 (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
<i>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	200 €	200 €	200 €	200 €
Assistance	/	Oui	Oui	Oui

Allocation enfant jusqu'à 200 €

Téléconsultation généraliste et ou spécialiste, y compris soir et weekend

Contactez l'assistant 24h/24 7jrs/7 par téléphone

Présentation du contrat collectif santé MNT

Les cotisations : tarifs mensuels 2026

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	15,54 €	25,43 €	32,00 €	36,66 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	23,53 €	38,46€	48,39 €	55,43 €
Adulte actif de 31 à 40 ans inclus	28,03 €	45,84 €	57,69 €	66,06 €
Adulte actif de 41 à 50 ans inclus	35,58 €	58,16 €	73,20 €	83,83€
Adulte actif de 51 à 60 ans inclus	44,16 €	70,38 €	88,58 €	101,44 €
Adulte actif de 61 ans et plus	63,38 €	101,02 €	127,13 €	145,61 €
Retraité	69,66 €	112,12 €	140,43 €	160,45 €

Exemple de cotisations :

Céline, 38 ans, souhaite souscrire une couverture santé de niveau 2 pour son compagnon de 40 ans et leurs trois enfants de 5, 7 et 10 ans. La participation de son employeur est de 15 € (socle minimum prévu par le décret d'avril 2022) :

Adultes : 45,84 € x 2
+
Enfants : 25,43 € x 2 + 1 GRATUIT
=
142,54 - 15 € de participation employeur

Soit : 127,54 €

- Tarifs mensuels valables jusqu'au 31/12/2026.
- L'âge atteint des assurés est celui au 1^{er} janvier.
- Les modifications de cotisations dues à l'âge s'effectuent au 1^{er} janvier.
- Les cotisations sont prélevées sur les salaires (sauf pour les agents retraités : prélèvements bancaires)

Présentation du contrat collectif santé MNT

Les + pour les agents

Services Assistance RMA

- Ecoute, conseil et orientation
- Accompagnement psycho-social
- Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation, de traitement anticancéreux
- Prestations d'assistance lors du décès
- Aide à domicile
- Prise en charge d'animaux
- Garde d'enfants
- Transfert médical
- Soutien scolaire
- Aide aux devoirs
- Dispositif téléassistance
- Livraison de courses
- ...



Un fonds d'action sociale

Handicap / Dépendance

- Aides exceptionnelles pour participer au financement d'un aménagement de domicile, de véhicule ou d'appareillage lié au handicap
- Plus de 150 000 euros versés ces 5 dernières années

Catastrophes naturelles

- Aides exceptionnelles lors d'intempéries reconnues catastrophes naturelles
- 85 000 euros versés ces 5 dernières années



Les réseaux de soins KALIXIA

KALIXIA OPTIQUE

7 100 centres d'optique partenaires
De 5 à 40 % de remise sur les verres
Equipements avec le reste à charge 0

KALIXIA DENTAIRE

6 600 praticiens partenaires

KALIXIA OSTEO

500 praticiens partenaires

KALIXIA AUDIO

5 700 centres partenaires
Des tarifs négociés 10 à 20 % inférieurs au prix du marché

- Pas d'avance de frais
- Téléconsultations illimitées et intégralement prises en charge
- Un espace adhérent pour le dépôt demandes de prises en charge, de devis, le suivi des remboursements pour télécharger les attestations, la carte d'adhérent, pour localiser des professionnels de santé,

Le rôle du CDG79



Adhésion à la convention CDG pour le pilotage et le suivi des conventions Santé et Prévoyance

- **Le CDG assure :**
 - la procédure de mise en concurrence pour le compte des collectivités pour la mise en place des conventions de participation
 - le déploiement des contrats auprès des collectivités et des agents, aux côtés de la MNT et de Relyens : organisation et animation de réunions d'information, webinaires ou permanences
 - la gestion, le suivi et le pilotage de l'exécution des conventions de participation pendant toute la durée de celles-ci (6 ans)
 - Une assistance et un conseil auprès des employeurs, un appui spécifique pour le suivi de dossiers complexes
 - Le suivi des résultats et les évolutions tarifaires
 - Une veille des évolutions réglementaires en matière de PSC
- En contrepartie, il est demandé aux collectivités une contribution financière, **uniquement à l'adhésion** aux conventions de participation. La contribution financière est versée **une seule fois** pour la durée des conventions (6 ans). Le montant est déterminé selon la strate d'effectifs de la collectivité.

Tranche d'effectif de la collectivité (agents CNRACL et IRCANTEC)	Montant si adhésion à 1 risque	Montant si adhésion aux 2 risques
De 1 à 10 agents	150 €	250 €
De 11 à 49 agents	300 €	400 €
De 50 à 99 agents	500 €	650 €
Plus de 100 agents	700 €	900 €

➔ Signature de la convention avec le CDG79

Calendrier de mise en œuvre

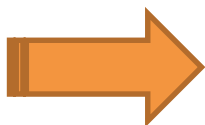


L'étape 5 de communication auprès des agents peut commencer après réception de la lettre d'intention d'adhésion de la collectivité par le CDG79 (pour respecter les délais de résiliation).

Le rôle de l'assemblée délibérante

① En débattre et déterminer pour les risques santé et prévoyance :

- Le montant de la participation employeur et le cas échéant la modulation
- Le choix du dispositif de participation : adhésion à la convention de participation (contrat collectif) du CDG79 ou participation au titre des contrats individuels labellisés



Si le choix se porte sur l'adhésion au contrat collectif du CDG79, l'autorité territoriale envoie une lettre d'intention d'adhésion au CDG79

② Après avis du Comité Social Territorial (saisi au préalable), entériner vos décisions par des délibérations (une par risque).

- Elle fixe le dispositif de participation, le montant de la participation et prévoit l'inscription des crédits correspondants au budget;
- Elle autorise l'autorité territoriale à signer tous les documents contractuels et la convention d'adhésion PSC du CDG.