

Pour en savoir plus



AGENCE MNT DE SAINT ETIENNE

9 place de l'hôtel de ville 42 000 SAINT ETIENNE

Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h.
Fermeture le jeudi matin.

Adresse mail dédiée : contratsante.semvse@mnt.fr

0 980 980 210

(prix d'un appel local du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)

www.mnt.fr

CONTRAT COLLECTIF SANTÉ METROPOLE DE SAINT ETIENNE

AU 1^{ER} JANVIER 2025

"Mieux pour
ma santé,
mieux pour
mon budget."

Sonia et sa collègue, agents
d'accueil de la ville de Biarritz



Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775678584. Siège social : 4 rue d'Athènes- 75009 Paris. Document à caractère publicitaire et non contractuel.
Crédits photos : Livia Saavedra - Photographies retouchées.



SÉM
SAINT-ÉTIENNE
la métropole

1^{re} mutuelle des agents
des services publics locaux

ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER



DES SERVICES INCLUS POUR FACILITER VOTRE QUOTIDIEN



- Pas d'avance de frais : tiers payant généralisé (selon accords locaux).
- Des réductions pour vos lunettes et audioprothèses grâce à nos réseaux d'opticiens et audioprothésistes partenaires.
- Forfait patient urgences : prise en charge en intégralité du montant de 19,61 € qui doit être réglé par chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisé



- L'assistance : aide à domicile, prestations en cas d'immobilisation ou de maladie
- Médecine douce : un forfait annuel dédié à vos consultations d'acupuncteurs², chiropracteurs¹, étioopathes³, mésothérapeutes¹, micro-kinésithérapeutes¹, ostéopathes¹, réflexologues¹, diététiciens¹, homéopathes², pédicures, podologues et psychologues¹.



- 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...
- Maiaia : plateforme de téléconsultation disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 via l'espace adhérent



- Forfait Mon Psy : permet aux patients, de plus de 3 ans et atteints de troubles psychiques légers à modérés, de bénéficier du remboursement de 8 séances d'accompagnement psychologique par an par un psychologue conventionné dans ce dispositif et sur prescription du médecin traitant*.



- Action sociale : quand ses adhérents sont confrontés à des situations personnelles délicates ou d'urgence, la MNT est là pour les écouter, les conseiller, et peut leur accorder des aides exceptionnelles.

*Les honoraires des praticiens sont fixés à 30 € par séance (40 € pour l'entretien d'évaluation de la première séance) et ne peuvent faire l'objet d'un dépassement. Ils sont remboursés à 60 % par l'Assurance maladie, le solde étant pris en charge par l'assurance complémentaire.

1 Inscrits au répertoire ADELI de l'ARS

2 Inscrits comme médecins conventionnés à l'ARS

3 Inscrits au registre national des étioopathes

3 FORMULES DE GARANTIES AU CHOIX

Choisissez votre niveau de remboursement sur l'ensemble des postes de santé :



LE MONTANT DES COTISATIONS : TTC ET PAR PERSONNE

Age	Essentiel	Confort	Optimal
Enfant	24.23 €	29.96 €	37.95 €
Actif moins de 31 ans	39.45 €	50.38 €	63.52 €
Actif de 31 à 40 ans	45.73 €	58.42 €	73.67 €
Actif de 41 à 50 ans	56.35 €	67.74 €	85.44 €
Actif de 51 à 60 ans	68.62 €	82.51 €	104.08 €
Actif plus de 60 ans	87.75 €	105.52 €	133.15 €
Retraité	102.51 €	123.31 €	155.61 €

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année sur le PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale)

PMSS 2024 : 3864 €

Le niveau de garantie est identique pour l'adhérent et ses ayants droit.

PROFITEZ DE LA PARTICIPATION EMPLOYEUR

La participation employeur est à déduire des montants indiqués ci-dessus

Tranche	Indice majoré	Montant brut mensuel de participation
T1	Inférieur à 405	33 €
T2	Supérieur ou égal à 405 et inférieur à 505	25 €
T3	Supérieur ou égal à 505 et inférieur à 605	23 €
T4	Supérieur ou égal à 605	20 €

LES AVANTAGES DU CONTRAT

- Pas de limite d'âge à l'adhésion
- Pas de questionnaire médical à l'adhésion
- Versement des prestations sur le compte bancaire de l'adhérent
- Prélèvement des cotisations sur le salaire pour les agents actifs et leurs ayants-droit et sur compte bancaire dans les autres cas

QUI PEUT ADHÉRER ?

- Le personnel inscrit à l'effectif de la collectivité (fonctionnaires et agents contractuels), y compris ceux en disponibilité d'office, congé parental d'éducation et mise en invalidité
- Le personnel en détachement
- Les retraités auparavant employés par la collectivité à titre de fonctionnaires ou d'agents contractuels
- Leurs ayants-droits, à savoir les conjoints, enfants et ascendants, tels que définis dans la notice du contrat.

A NOTER : l'agent peut changer de garantie à la hausse comme à la baisse, avec un préavis de 2 mois prenant effet au 1^{er} janvier de l'année suivante. (2 changements maximum pendant la durée de la convention sauf en cas de changement de situation familiale)

MODALITES D'ADHÉSION ?

- Vous ne disposez pas de garantie santé

Votre adhésion intervient le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande complétée et signée.

- Vous êtes adhérent sur une autre garantie santé MNT

Vous pouvez adhérer au contrat d'assurance sans préavis en souscrivant en ligne ou en adressant un bulletin d'adhésion à la MNT

- Vous disposez d'une complémentaire santé auprès d'un autre organisme

Après 12 mois d'adhésion, vous pouvez résilier votre contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après la réception de votre demande.

Si vous n'avez pas encore 12 mois d'adhésion, vous devez attendre le 10^{ème} mois pour envoyer votre préavis de 2 mois qui sera pris en compte à la date d'anniversaire de votre contrat.

La MNT peut prendre en charge l'envoi de la lettre de résiliation de votre contrat actuel (pensez à compléter l'adresse de votre assureur)

COMMENT ADHÉRER ?



Déposez votre bulletin d'adhésion individuel accompagné de vos justificatifs auprès de la MNT à l'adresse suivante :
9 place de l'hôtel de ville 42 000 SAINT ETIENNE



Envoyez directement votre bulletin d'adhésion individuel et vos justificatifs en version numérique à l'adresse suivante : contratsante.semvse@mnt.fr



Remplissez directement un bulletin d'adhésion en ligne en y téléchargeant vos justificatifs.
Saisissez l'adresse ci-dessous dans la barre de moteur de recherche internet ou flashez le QR code.

<https://urlr.me/x2MG7>



LES JUSTIFICATIFS POUR ADHÉRER

- Votre RIB préalablement scanné ou téléchargé via votre compte bancaire en ligne.
- Votre numéro de matricule inscrit sur votre bulletin de salaire.
- Votre attestation de Sécurité sociale de moins de 3 mois téléchargeable sur ameli.fr.
- L'attestation de Sécurité sociale de vos bénéficiaires si vous souhaitez couvrir vos proches.
- Attestation Pôle emploi ou copie du contrat d'apprentissage pour les enfants ou certificat de scolarité pour les enfants âgés entre 21 et 25 ans.
- Copie de l'attestation de PACS pour le partenaire ou attestation sur l'honneur de concubinage pour le concubin avec une facture aux deux noms à la même adresse.



N'oubliez pas de joindre l'ensemble des justificatifs demandés afin de pouvoir adhérer.

Tableau des garanties

Les garanties sont proposées à l'ensemble des Assurés par l'Assureur et sont identiques pour tous les agents et retraités qui adhèrent au contrat collectif.			
Soins courants			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
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 des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Honoraires :			
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	125%	150%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments	100%	100%	100%
Vaccins antigrippal	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiques	150 €	150 €	150 €
Matériel médical :			
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :			
Orthopédie	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	200 €	300 €	400 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assurée actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti
Homéopathie (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, ostéopathes, réflexologues, diététiciens, homéopathes, psychologues, pédicure-podologue	100 €	125 €	200 €
Consultations MonPsy - selon art L.162-58-1 du Code Sécurité Sociale	100%	100%	100%
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire			
Niveau de garanties			
	N1	N2	N3
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 des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée, y compris maternité (par jour)	50 €	50 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour)	20 €	20 €	30 €
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour)	30 €	30 €	40 €
Amniocentèse (par acte)	30 €	30 €	50 €
Forfait Patient Urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Optique			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
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 mineurs 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 à hauteur des prix limites de ventes et honoraires limites de facturation en vigueur à la date des soins		
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	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire.	150 €	200 €	250 €
Cumulable avec le forfait lunette			
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 €
Dentaire			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral à hauteur des prix limites de ventes et honoraires limites de facturation en vigueur à la date des soins		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	150%	200%	300%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse et par semestre)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par an)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €
Aides auditives			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
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 à hauteur des prix limites de ventes et honoraires limites de facturation en vigueur à la date des soins		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive, limitée à 1 700 € par oreille	100%+200€	100%+400€	100%+600€
Autres prestations			
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation maternité	150 €	200 €	250 €
Allocation obsèques	1 200 €	1 200 €	1 200 €
Assistance : Niveau 1 Collectives Territoriales	Oui	Oui	Oui
Accès Téléconsultation (MesDocteurs)	Oui	Oui	Oui