



La Complémentaire Santé

des agents des Collectivités et Etablissements des Alpes-Maritimes



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

Le Centre de Gestion des Alpes-Maritimes a confié la gestion de ce contrat à la MNFCT et le déploiement du dispositif à AlterNative Courtage.

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

Comment adhérer ?

Pour bénéficier des garanties :

- 1 Je remplis, date et signe le Bulletin d'Adhésion Individuel, en deux exemplaires dont un que je conserve.
- 2 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 chaque bénéficiaire et du mandat de prélèvement bancaire SEPA si mon Employeur a fait le choix du prélèvement sur compte bancaire.
- 3 Je reçois ma carte de tiers payant 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**

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



GARANTIES

Niveau de garanties

Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits complémentaires aux remboursements du régime obligatoire (équipement optique), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

Niveau 4

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

SOINS

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO 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 l'OPTAM / OPTAM-CO, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité

Honoraires (consultations, visites)	125 %	150 %	200 %	250 %
Frais d'honoraires auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %
Actes de spécialités	125 %	150 %	200 %	250 %
Frais d'exams de biologie médicale	100 %	100 %	125 %	150 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires psychologiques « Dispositif Mon Psy » ⁽¹⁾	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'exams de biologie médicale	/	20 €	30 €	40 €
Médecine douce (plafond de 5 séances par an) ⁽²⁾	/	20 € / séance	20 € / séance	30 € / séance
Ostéodensitométrie (par an)	/	50 €	50 €	50 €

(1) « 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)

(2) Acupuncture, chiropractie, étioopathie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, réflexologie, diététique, homéopathie et recours aux psychologues.

PHARMACIE

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %
Homéopathie (spécialités et préparations)	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccins & Vaccins antigrippal	100 %	100 %	100 %	100 %
Contraception sur prescription	100 %	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiques	TM + 150 €	TM + 150 €	TM + 150 €	TM + 150 €

Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie

Pharmacie prescrite (par an) & Automédication (par an)	/	20 €	20 €	30 €
--	---	------	------	------

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO 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 l'OPTAM / OPTAM-CO, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité

Honoraires médicaux & chirurgicaux	125 %	150 %	200 %	250 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de spécialités	125 %	150 %	200 %	250 %
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, y compris maternité ⁽³⁾ (par jour)	30 €	50 €	50 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée ⁽²⁾ (par jour)	/	20 €	20 €	30 €
Frais accompagnant enfant – de 16 ans (par jour)	20 €	30 €	30 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	30 €	50 €

(3) 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...

(3) DENTAIRE

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Honoraires – Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	150 %
Prothèses dentaires (y compris onlays-core) :				
. 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 %
Traitement d'orthodontie	150 %	200 %	300 %	400 %

Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie

Prothèse dentaire (par prothèse et par semestre)	100 €	200 €	200 €	300 €
Traitement d'orthodontie (par an)	100 €	200 €	200 €	300 €
Parodontologie (par an)	50 €	100 €	150 €	200 €
Implant (par implant, limité à 3 implants / an)	/	100 €	200 €	300 €

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

ACTES DE PRÉVENTION (7 actes)

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 %



GARANTIES	Niveau de garanties			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4

Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits complémentaires aux remboursements du régime obligatoire (équipement optique), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire

OPTIQUE⁽⁴⁾				
Équipement : forfait avec monture (limitée à 100 €) et verres (par période de 2 ans sauf pour les – de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue)				
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie				
Équipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif depuis le 01/01/2020)				
· Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
· Équipement avec verres de classe a)	150 €	200 €	300 €	350 €
· Équipement avec verres de classe b)	225 €	300 €	450 €	525 €
· Équipement avec verres de classe c)	300 €	400 €	600 €	700 €
· Équipement avec verres de classe d)	188 €	250 €	375 €	438 €
· Équipement avec verres de classe e)	300 €	400 €	600 €	700 €
· Équipement avec verres de classe f)	300 €	400 €	600 €	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 €

(4) OPTIQUE : DESCRIPTIF DES ÉQUIPEMENTS	
a) Équipement simple	Équipement à 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) Équipement mixte	Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
c) Équipement complexe	Équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de –6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs
d) Équipement mixte	Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
e) Équipement complexe et très complexe	Équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
f) Équipement très complexe	Équipement pour adultes à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de –8,00 et +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de –4,00 à +4,00 dioptries

AIDES AUDITIVES				
Équipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif depuis le 01/01/2021)				
Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Prothèses auditives (par appareil)	100 €	200 €	300 €	400 €

AUTRES PRESTATIONS				
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100 %	125 %	125 %	150 %
Forfait complémentaire (par an) :				
· Orthopédie	100 €	200 €	300 €	400 €
· Prothèses mammaires	100 €	200 €	300 €	400 €
· Prothèses capillaires	100 €	200 €	300 €	400 €
· Prothèses oculaires	100 €	200 €	300 €	400 €
· Grand appareillage	100 €	200 €	300 €	400 €
Prestations non remboursées par l'Assurance Maladie				
Allocation maternité	100 €	150 €	200 €	250 €
Assistance ⁽⁵⁾	OUI	OUI	OUI	OUI

(5) 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 AVANT
PARTICIPATION
DE VOTRE
EMPLOYEUR

TARIFS (montant forfaitaire par tranche d'âge et par personne) (6)

TARIFS EN VIGUEUR AU 01/01/2024	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant (gratuité au-delà du 3 ^{ème})	25,84 €	34,97 €	48,62 €	59,27 €
Actif 30 ans et moins (*)	37,15 €	52,31 €	56,88 €	65,97 €
Actif de 31 à 40 ans (*)	46,06 €	62,62 €	69,34 €	83,11 €
Actif de 41 à 50 ans (*)	58,81 €	75,35 €	89,77 €	107,97 €
Actif de 51 à 60 ans (*)	74,51 €	90,89 €	108,50 €	134,39 €
Actif de 61 ans et plus (*)	84,29 €	104,38 €	132,84 €	157,71 €
Retraités	111,07 €	143,71 €	175,61 €	197,38 €

(6) Pour rappel, les tarifs sont indexés sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) au 1^{er} janvier de chaque année (date d'échéance du contrat collectif d'assurance). **Le PMSS 2024 est fixé à 3 864 €.**

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.

Si je suis Retraité, je transmets mon dossier (obligatoirement avec le mandat de prélèvement bancaire SEPA) directement à la MNFCT.

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 régler ma cotisation ?

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