VERSION 2024
DÉFINITIVE

La Complémentaire Santé
des agents des Collectivités et Etablissements de l'Hérault

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'HÉRAULT

Mon Employeur a souscrit une Convention de participation, par l'intermédiaire du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault (CDG 34), me permettant de bénéficier d'une couverture santé complémentaire négociée pour mes ayants droit et moi-même.

Le CDG 34 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 rapides, entre 1 et 4 jours

Le réseau de tiers payant généralisé Almerys

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 (numéro non surtaxé)

AlterNative COURTAGE
5, rue du Général Ferrié • 18000 BOURGES
SAS au capital de 50 000 euros
RCS Bourges 809 462 807 - ORIAS 15001631

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault

MNFCT par Macif
3, rue Franklin CS 30036 • 93108 MONTREUIL Cedex
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité adhérente à la Mutualité Française – SIREN 784 442 899

Document non contractuel - Plaquette 2024 Santé MNFCT CDG 34 (V8.3 définitive AC du 20240112) - Crédits photographiques : © Stockfib

VERSION 2024
DÉFINITIVE

GARANTIES	Niveau de garanties Remboursements du Régime Obligatoire ET de l'Organisme Assureur, en % de la Base de Remboursement (**BR**) ou du Ticket Modérateur (**TM**), ou forfaits complémentaires aux remboursements du Régime Obligatoire (équipement optique), ou forfaits sans intervention du Régime Obligatoire		
	Niveau 1	**Niveau 2**	**Niveau 3**

OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique TArifaire Maîtrisée / Chirurgien Obstétricien

SOINS COURANTS

[1] Pour les consultations de médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, les dépassements d'honoraires sont limités à 100 % BR et doivent aussi être inférieurs d'au moins 20 % à la prise en charge des médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO

Consultations et Visites de Généralistes [1]	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations et Visites / Actes de Spécialistes [1]	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Imagerie médicale / Radiologie	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Biologie / Analyses médicales	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Ostéodensitométrie remboursée par l'Assurance Maladie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux (Infirmier, Kinésithérapeute, Masseur, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure, Podologue, …)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Petites interventions chirurgicales (hors hospitalisation)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Pharmacie	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Transport	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Honoraires psychologiques « Dispositif Mon Psy » (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(*) « 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)

HOSPITALISATION, y compris à domicile, médecins conventionnés ou non

[2] Pour les consultations de médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, les dépassements d'honoraires sont limités à 100 % BR et doivent aussi être inférieurs d'au moins 20 % à la prise en charge des médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO

Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires chirurgicaux ou médicaux [2]	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Chambre particulière	30 € / jour	50 € / jour	70 € / jour
	(Forfait limité à 45 jours / an dans le cadre d'une hospitalisation spécialisée : maison de repos, psychiatrie)		
Frais d'accompagnement	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour
	(Forfait limité à 30 jours / an : concerne les enfants - de 16 ans ou les enfants handicapés et les adultes + de 70 ans)		
Forfait Patient Urgence (FPU) (passage sans hospitalisation)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

OPTIQUE [3]

Equipement : Monture (forfait limité à 100 €) + verres
Périodicité : Prise en charge d'un équipement par période de 2 ans sauf chez les – 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 paire / an)

Equipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif depuis le 01/01/2020)			
Equipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
a) Equipement à verres simples	100 % BR + 150 €	100 % BR + 250 €	100 % BR + 350 €
b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €
c) Equipement à verres complexes	100 % BR + 250 €	100 % BR + 375 €	100 % BR + 475 €
d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	100 % BR + 220 €	100 % BR + 320 €	100 % BR + 420 €
e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	100 % BR + 275 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 525 €
f) Equipement à verres très complexes	100 % BR + 275 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 525 €
Lentilles remboursées par l'Assurance Maladie ou non, y compris jetables	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €
Chirurgie réfractive de l'œil, laser, kératotomie	100 € / œil	200 € / œil	300 € / œil

DENTAIRE

[4] Pour les consultations de médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, les dépassements d'honoraires sont limités à 100 % BR et doivent aussi être inférieurs d'au moins 20 % à la prise en charge des médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO

Soins conservatoires et chirurgicaux, stomatologie [4]	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses dentaires :			
. Panier de soins **100 % Santé** (0 reste à charge)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
. Panier de soins **aux tarifs maîtrisés**	150 % BR	275 % BR	400 % BR
. Panier de soins **aux tarifs libres**	150 % BR	275 % BR	400 % BR
Prothèses non remboursées par l'Assurance Maladie (par bénéficiaire et par dent)	150 % BR	275 % BR	400 % BR
Orthodontie	150 % BR	275 % BR	400 % BR
Parodontologie (par bénéficiaire et par an)	100 €	150 €	200 €
Implantologie (limité à 2 implants par bénéficiaire et par an)	230 €	300 €	370 €
Plafond dentaire annuel pris en charge pour les 1ère et 2ème années d'adhésion par bénéficiaire (Applicable uniquement sur les dépassements d'honoraires)	1 000 € / an	1 500 € / an	2 000 € / an
Plafond dentaire annuel pris en charge à partir de la 3ème année (Applicable uniquement sur les dépassements d'honoraires)	1 500 € / an	2 000 € / an	3 000 € / an

AlterNative COURTAGE
5, rue du Général Ferrié • 18000 BOURGES
SAS au capital de 50 000 euros
RCS Bourges 809 462 807 - ORIAS 15001631

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault

3, rue Franklin CS 30036 • 93108 MONTREUIL Cedex
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité adhérente à la Mutualité Française – SIREN 784 442 899

Document non contractuel - Plaquette 2024 Santé MNFCT CDG 34 (V8.3 définitive AC du 20240112) - Crédits photographiques : © Stocklib

VERSION 2024
DÉFINITIVE

GARANTIES	Niveau de garanties Remboursements du Régime Obligatoire ET de l'Organisme Assureur, en % de la Base de Remboursement (**BR**) ou du Ticket Modérateur (**TM**), ou forfaits complémentaires aux remboursements du Régime Obligatoire (équipement optique), ou forfaits sans intervention du Régime Obligatoire		
	Niveau 1	**Niveau 2**	**Niveau 3**
AIDES AUDITIVES			
Equipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée (effectif depuis le 01/01/2021)			
Equipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Prothèses auditives (par appareil)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 250 €	100 % BR + 400 €
AUTRES PRESTATIONS			
Cures thermales remboursées par l'Assurance Maladie	100 % BR + 130 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 180 €
Prothèses, petit appareillage	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Prothèses orthopédiques, gros appareillage pris en charge	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Naturopathe, Nutritionniste, Ostéopathe, Psychomotricien, Sophrologue (par bénéficiaire)	60 € / an	90 € / an	120 € / an
Assistance [5]	OUI	OUI	OUI
Actes de prévention [6]	OUI	OUI	OUI

[3] OPTIQUE : DESCRIPTIF DES ÉQUIPEMENTS EN FONCTION DU TYPE DE VERRES

Equipement **a)** comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	2 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
Equipement **b)** comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	Verre 1 : 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 Verre 2 : Simple foyer dont la sphère est hors zone de –6,00 ou +6,00 dioptries **OU** Simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries **OU** Multifocal ou progressif
Equipement **c)** comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	Verre 1 : 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 Verre 2 : Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de –8,00 et +8,00 dioptries **OU** Multifocal ou progressif dont la sphère est hors zone de –4,00 à +4,00 dioptries
Equipement **d)** comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	2 verres : Simple foyer dont la sphère est hors zone de –6,00 ou +6,00 dioptries **OU** Simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries **OU** Multifocaux ou progressifs
Equipement **e)** comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	Verre 1 : Simple foyer dont la sphère zone de –6,00 ou +6,00 dioptries **OU** Simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries **OU** Multifocal ou progressif Verre 2 : Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de –8,00 et +8,00 dioptries **OU** Multifocal ou progressif dont la sphère est hors zone de –4,00 à +4,00 dioptries
Equipement **f)** comportant 1 monture dont le forfait est limité à 100 € +	2 verres : Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de –8,00 et +8,00 dioptries **OU** Multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de –4,00 à +4,00 dioptries

[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 1er 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 1er 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

[6] 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 %
Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %
Bilan du langage (enfant de – de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Dépistage Hépatite B	100 %	100 %	100 %
Dépistage trouble de l'audition (personne de + de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (personne de + de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Vaccins (sur liste)	100 %	100 %	100 %

Document non contractuel - Plaquette 2024 Santé MNFCT CDG 34 (V8.3 définitive AC du 20240112) - Crédits photographiques : © Stocklib

AlterNative COURTAGE
5, rue du Général Ferrié • 18000 BOURGES
SAS au capital de 50 000 euros
RCS Bourges 809 462 807 - ORIAS 15001631

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault

3, rue Franklin CS 30036 • 93108 MONTREUIL Cedex
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité adhérente à la Mutualité Française – SIREN 784 442 899

VERSION 2024
DÉFINITIVE

TARIFS POUR LES ACTIFS (montant forfaitaire par tranche d'âge et par personne) (*)

TARIFS AVANT PARTICIPATION DE VOTRE EMPLOYEUR

TARIFS EN VIGUEUR AU 01/01/2024	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (gratuité à compter du 3ème enfant)	0,83 %, soit 32,07 € / mois	1,08 %, soit 41,73 € / mois	1,47 %, soit 56,80 € / mois
Actif de 30 ans et moins	1,32 %, soit 51,00 € / mois	1,59 %, soit 61,44 € / mois	2,17 %, soit 83,85 € / mois
Actif de 31 ans et plus	1,67 %, soit 64,53 € / mois	2,19 %, soit 84,62 € / mois	2,98 %, soit 115,15 € / mois

TARIFS POUR LES RETRAITÉS (montant forfaitaire par personne) (*)

TARIFS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 (*)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (gratuité à compter du 3ème enfant)	0,83 %, soit 32,07 € / mois	1,08 %, soit 41,73 € / mois	1,47 %, soit 56,80 € / mois
Adulte	2,34 %, soit 90,42 € / mois	3,06 %, soit 118,24 € / mois	4,18 %, soit 161,52 € / mois

(*) Pour rappel, les tarifs sont indexés sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) au 1er 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 1er janvier : à vérifier sur mon contrat actuel), j'adresse un courrier de résiliation à mon assureur actuel par lettre recommandée avec accusé de réception.

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 1er 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.

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. Ce service est joignable du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.

Document non contractuel - Plaquette 2024 Santé MNFCT CDG 34 (V8.3 définitive AC du 20240112) - Crédits photographiques : © Stocklib