

QUELS SONT LES TARIFS MENSUELS PROPOSÉS ?

Renseignez-vous auprès de votre collectivité pour connaître le montant de la participation employeur qui est à déduire des montants indiqués ci-dessus.

Afin de tenir compte des situations des agents, les garanties sont proposées selon plusieurs niveaux de prestations, en fonction du degré de protection recherché. La même garantie doit être choisie pour toute la famille.

Les montants de cotisation s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties.

Ainsi, et à titre d'exemple, pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant.

TARIFS 2026	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème})	22,97 €	30,50 €	39,96 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	34,74 €	46,12 €	60,44 €
Adulte actif de 31 ans à 40 ans inclus	41,41 €	54,97 €	72,03 €
Adulte actif de 41 ans à 50 ans inclus	52,54 €	65,39 €	86,03 €
Adulte actif de plus de 50 ans	79,15 €	98,51 €	129,60 €
Retraité	102,17 €	135,64 €	177,75 €



Contactez un conseiller MNT au **09 72 72 02 02**
(prix d'un appel local du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)¹

Agence MNT de Toulon
177 bvd Charles Barnier – Immeuble TOVA II – 83000 TOULON

Adresse mail dédiée : conventionsantecdg83@mnt.fr



**POUR EN SAVOIR PLUS,
RENDEZ-VOUS SUR [MNT.FR](https://mnt.fr)
OU FLASHEZ CE QR CODE**



Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75009 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Document à caractère publicitaire et non contractuel. Ne pas jeter sur la voie publique. Studio des Plantes Création. Crédit Photos : Livia Saavedra - Photographies retouchées. Septembre 2024



MNT SANTÉ

CONVENTION DE PARTICIPATION CENTRE DE GESTION DU VAR

Envoyé en préfecture le 02/02/2026
Reçu en préfecture le 02/02/2026
Publié le 03/02/26
ID : 083-200031623-20260128-4982026-DE

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

Sonia et ses collègues,
agents d'accueil de la ville de Biarritz



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

**ÊTRE UTILE EST
UN BEAU MÉTIER**



POURQUOI CHOISIR LA CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ MNT ?

Les frais de santé peuvent peser lourdement sur votre budget et parfois vous amener à faire des choix difficiles, notamment en matière de soins dentaires, d'optique ou de frais chirurgicaux. Pour y répondre votre collectivité vous propose une convention de participation Mutuelle comprenant XXX formules de santé spécialement conçues et négociées collectivement pour offrir le meilleur rapport qualité-prix.

Cette convention de participation sera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026. Les conventions négociées par le centre de gestion du Var garantissent non seulement une protection étendue, mais aussi des cotisations maîtrisées dans le temps.

Depuis 60 ans la MNT s'engage pour la protection sociale, la santé et le mieux-être au travail des agents territoriaux. Elle a à cœur de vous protéger au mieux avec une complémentaire santé spécifiquement pensée pour vous. Au-delà de la prise en charge des soins elle agit au quotidien pour faciliter l'accès à la santé que ce soit par des services et assistances inclus ou des actions de prévention pour votre bien-être au travail comme à la maison.

QUI PEUT ADHÉRER ?

- Tout agent d'une collectivité qui adhère à la convention de participation,
- Le personnel retraité
- Leurs ayants-droits tels que définis dans la notice du contrat,

QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ?

Vous pourrez choisir parmi trois formules progressives celle qui correspond le mieux à vos besoins. Chacune des formules santé MNT intègre le dispositif 100% Santé, qui garantit une prise en charge optimale sans reste à charge en optique, dentaire et audio-prothèses.

Les agents retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents actifs.

COMMENT ADHÉRER ?

L'adhésion peut se faire par retour d'un bulletin d'adhésion papier ou par adhésion en ligne. Un lien internet dédié aux adhésions en ligne de votre collectivité est fourni. Il suffit de s'y connecter, renseigner ses informations personnelles et signer électroniquement.

VOS AVANTAGES ADHÉRENTS

- Vous n'avez pas d'avance de frais grâce au tiers payant auprès d'un large panel de professionnels de santé
- 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...
- Des conseillers de proximité, disponibles en agence ou par téléphone, pour vous aiguiller à tout moment. Vous pouvez également réaliser des bilans réguliers pour s'assurer que vous êtes correctement protégé.



Peio et ses collègues, agents des espaces verts de la ville de Biarritz.

DES SERVICES INCLUS

Pour faciliter le quotidien de tous

- Réseaux de soins
- Des réductions pour vos lunettes et audioprothèses grâce à nos réseaux d'opticiens et audioprothésistes partenaires.
- L'assistance : aide à domicile, prestations en cas d'immobilisation ou de maladie
- Téléconsultations avec la plateforme e-santé MAIIA : prise de rendez-vous avec vos praticiens ou téléconsultations 7j/7 et 24h/24
- Deuxième avis.fr est un service dédié au patient et à son médecin pour permettre à tous d'accéder à un haut niveau d'expertise médicale en cas de situation médicale complexe.
- Le service innovant Vivoptim pour permettre à chacun de prendre en main sa santé et d'agir au quotidien pour la préserver.

LE + TERRITORIAL QUI FAIT LA DIFFÉRENCE

- Une mutuelle dédiée aux agents territoriaux
- Des services dédiés à votre vie professionnelle :
 - Pour vous informer sur votre statut ou sur des aspects juridiques et vous accompagner en cas de mutation
 - Pour vous donner les clés pour limiter votre anxiété (prévention de l'épuisement, soutien psy)
- Des aides exceptionnelles via l'action sociale
- Toute l'info santé et services territoriaux sur le site MNT.fr

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	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
<i>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</i>			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception prise en charge par l'Assurance maladie sur prescription	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces : l'acupuncture, la chiropractie, la diététique, l'étiopathie, l'hypno-thérapie, la mésothérapie, la micro-kinésithérapie, l'ostéopathie, les soins pédicures et podologues, la réflexologie, la psychothérapie, le recours aux psychologues, psychomotriciens et aux réflexologues (par an)	100 €	150 €	200 €

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	N1	N2	N3
<i>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</i>			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux effectués en milieu hospitalier	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (article L,174-4 CSS) et psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)			
Services maladie, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour, limité à 60 jours, par séjour)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

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	N1	N2	N3
<i>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).</i>			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Équipement complet			
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Équipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire.	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	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 €

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	N1	N2	N3
	Prestations remboursées par l'Assurance maladie :		
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	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)			
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants et tout acte lié à l'implantologie non pris en charge par l'Assurance maladie (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

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	N1	N2	N3
	<i>La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.</i>		
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet			
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

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	N1	N2	N3
	Prestations remboursées par l'Assurance maladie :		
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%
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 de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)			

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant
 - Haemophilus influenzae B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.