VERSION 2027

CENTRE DE GESTION 33

La Complémentaire Santé

des Agents adhérant à la Convention de Participation du Centre Départemental de Gestion de la Gironde (CDG 33)

Mon Employeur a adhéré à la Convention de Participation, souscrite par le Centre Départemental de Gestion de la Gironde, me permettant de bénéficier d'une couverture de **Complémentaire Santé** pour mes ayants droit et moi-même.

En souscrivant aux régimes proposés,
je bénéficie de la **participation financière** de mon Employeur.

Le CDG 33 a confié le déploiement du dispositif
à **AlterNative Courtage** et la gestion de ce contrat à la **MNFCT**.

Comment adhérer et bénéficier des garanties ?

1. Je me munis des pièces suivantes :
   - ☐ un **RIB** (format IBAN BIC) pour le remboursement de mes prestations
   - ☐ une **copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie** pour chaque bénéficiaire
   - ☐ du **mandat de prélèvement SEPA** que je complète, date et signe :
     si je suis retraité(e)
     si je suis en suspension d'activité
2. Je complète, date et signe le Bulletin d'Adhésion Individuel (BAI) :
   - ☐ **de façon dématérialisée** (adhésion & signature en ligne)
   - ☐ **via le formulaire papier**
3. J'envoie mon dossier complet à la MNFCT selon l'une des modalités à ma disposition :
   - ☐ **par mail** à l'adresse adhesions.cc@mnfct.fr
   - ☐ **par courrier** à l'adresse suivante si formulaire papier :

MNFCT • Centre de Gestion de Niort • 20 rue de la Broche • CS 30000
79077 NIORT Cedex 9

4. Je reçois ma **Carte de Tiers Payant** directement à mon domicile en double exemplaire

Les + de mon contrat

Des remboursements sous 48 heures

L'étendue du réseau de tiers payant **Almerys**

L'intérêt du réseau de soins **Carte Blanche**

Le confort de l'**Assistance** à domicile **IMA**

Un **Espace Adhérent** simple, efficace et apprécié

L'**application MNFCT**, sous IOS et Androïd

Mes contacts

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

ou

Je prends rendez-vous sur :
L'AGENCE EN LIGNE
En cliquant sur le lien ou en scannant le QR code

Par téléphone :
09 72 57 67 36
(numéro non surtaxé)

Document non contractuel - CDG 33 - Plaquette Santé 2027 (V1.2 AC du 20261014)

GARANTIES	NIVEAUX DE GARANTIES Remboursement du RO et de la Mutuelle, en % de la Base de Remboursement (BR / TRSS / TA) ou forfaits sans intervention du RO		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée • **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale • **RO :** Régime Obligatoire

SOINS COURANTS

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un 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 un DPTAM, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés d'au moins 20 % du tarif de responsabilité

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 sage-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 sur prescription	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €
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)	Garantie	Garantie	Garantie
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : Acupuncture, chiropractie, diététique, étiopathie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, soins pédicures et podologues, kinésiologie, réflexologie, psychothérapie, recours aux psychologues, psychomotriciens, reflexologues et sophrologues	100 €	125 €	200 €

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un 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 un DPTAM, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés d'au moins 20 % du tarif de responsabilité

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	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	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

Document non contractuel - CDG 33 - Plaquette Santé 2027 (V1.2 AC du 20261014)

GARANTIES	NIVEAUX DE GARANTIES Remboursement du RO et de la Mutuelle, en % de la Base de Remboursement (BR / TRSS / TA) ou forfaits sans intervention du RO		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée • **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale • **RO :** Régime Obligatoire

OPTIQUE [1]

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 (100% SANTÉ)	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	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 RO. Cumulable avec le forfait lunette	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

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) (100% SANTÉ)	Remboursement intégral		
. 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 (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

AIDES AUDITIVES

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 (100% SANTÉ)	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	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

AUTRES PRESTATIONS

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 [2]	Garantie	Garantie	Garantie

Document non contractuel - CDG 33 - Plaquette Santé 2027 (V1.2 AC du 20261014)

(1) OPTIQUE : DESCRIPTIF DES ÉQUIPEMENTS	
a) Equipement simple	Equipement 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) Equipement mixte	Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
c) Equipement complexe	Equipement 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) Equipement mixte	Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
e) Equipement complexe et très complexe	Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
f) Equipement très complexe	Equipement 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

(2) 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

GRILLE TARIFAIRE 2027

TARIFS AVANT PARTICIPATION DE VOTRE EMPLOYEUR

COTISATIONS MENSUELLES TTC (montant forfaitaire par tranche d'âge, par niveau de garanties et par bénéficiaire)

TRANCHE D'ÂGE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Enfant (**gratuité à compter du 3ème enfant**)	31,19 €	46,93 €	57,98 €
Adulte de moins de 31 ans	35,71 €	53,76 €	66,42 €
Adulte de 31 ans à 40 ans inclus	43,38 €	65,29 €	80,64 €
Adulte de 41 ans à 50 ans inclus	56,70 €	85,34 €	105,41 €
Adulte de plus de 50 ans	69,84 €	105,13 €	129,86 €
Retraité (**participation Employeur non-applicable**)	95,64 €	143,82 €	177,58 €

Les montants de cotisation s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties.
À titre d'exemple, un Agent actif de 41 ans qui souhaite également couvrir sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans se verra appliquer une cotisation globale correspondant au cumul des cotisations suivantes : « Adulte de 41 ans à 50 ans inclus » + « Adulte de 31 ans à 40 ans inclus » + « Enfant ».

Questions / Réponses

Comment résilier mon contrat individuel actuel ?

Si je souhaite adhérer au contrat MNFCT, le cas échéant, je dois penser à résilier mon contrat individuel actuel :

- Soit en respectant le préavis (généralement 2 mois) et la date anniversaire (généralement le 1er janvier) prévus dans mon contrat : j'envoie à mon Assureur actuel mon courrier en recommandé avec accusé de réception avant le 31 octobre
- Soit grâce à la faculté de **Résiliation Infra-Annuelle (RIA)** (article L.221.10-3 du Code de la Mutualité), qui me permet de résilier mon contrat actuel, **à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de ma première souscription**. Il me suffit de compléter et de joindre à mon Bulletin d'Adhésion Individuel le **mandat de résiliation**. La MNFCT se chargera alors de la procédure de résiliation auprès de mon Assureur actuel. La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande.

Puis-je changer de niveau de couverture à la hausse ou à la baisse ?

Je peux demander la modification de mon niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, sous réserve de bénéficier de ma formule actuelle depuis plus de 12 mois. La modification prendra effet au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception de ma demande.

Document non contractuel - CDG 33 - Plaquette Santé 2027 (V1.2 AC du 20261014)