



Centre de gestion de la fonction publique
territoriale de la Charente-Maritime

Le Président du Centre de Gestion,

Madame le Maire
Monsieur le Maire
Madame la Présidente
Monsieur le Président

La Rochelle, le 27 août 2025

N/Réf : AG/CMA/2025-133

Tél : 05 46 27 47 00

Courriel : psc@cdg17.fr

Objet : Protection Sociale Complémentaire
Résultats de la consultation pour le Risque Santé

Madame, Monsieur,

Vous avez bien voulu nous transmettre un mandat pour lancer une consultation en vue de mettre en place une convention de participation, à adhésion facultative, concernant le risque santé (frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident), et je vous en remercie.

Ainsi, j'ai le plaisir de vous communiquer les résultats de cette consultation qui vous permettra de répondre à vos obligations légales et réglementaires, à compter du 1^{er} janvier 2026.

Après analyse des offres, le Conseil d'administration du CDG17 a décidé, lors de sa séance du 8 juillet 2025 au regard des critères d'attribution fixés dans le dossier de consultation de retenir l'offre proposée par la MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT) – RELYENS.

Dans le cadre du déploiement de cette convention de participation, j'ai le plaisir de vous convier à l'une des réunions d'information suivantes :

- le jeudi 18 septembre 2025 de 9h30 à 10h30 à Soubise
- le jeudi 18 septembre 2025 de 14h00 à 15h00 à Surgères
- le lundi 22 septembre 2025 de 9h30 à 10h30 à Saint Jean d'Angély
- le mardi 23 septembre 2025 de 14h00 à 15h00 à Les Gonds
- le jeudi 25 septembre 2025 de 9h30 à 10h30 à Gémozac

.../...

- le jeudi 25 septembre 2025 de 14h00 à 15h00 à Dolus d'Oléron
- le mardi 30 septembre 2025 de 9h30 à 10h30 à Bussac-Forêt

A cette occasion, la MNT vous détaillera les garanties, les conditions générales du contrat santé, ainsi que les modalités d'adhésion. Elle répondra également à l'ensemble de vos questions sur le sujet.

Afin d'organiser au mieux ces réunions d'information, je vous saurais gré de bien vouloir vous inscrire via le lien suivant : <https://forms.office.com/e/AwQ699NXJh> **avant le 11 septembre 2025 (délai de rigueur).**

En complément, je vous précise que des ateliers à destination des secrétaires généraux de mairie et des responsables RH, ainsi que des réunions d'information à destination des agents, seront organisés par la MNT sur l'ensemble du territoire, à l'automne.

Enfin, je vous joins au présent courrier une synthèse des garanties et de la tarification du contrat collectif santé, afin que vous puissiez d'ores et déjà engager une réflexion, ainsi que le dialogue social sur le choix d'adhérer à cette convention, et sur le montant de la participation financière qui sera versée à vos agents (au minimum 15 euros).

Mes services et ceux de la MNT restent à votre disposition pour toute précision complémentaire, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma parfaite considération.

Le Président,

Alexandre GRENOT



P.J. : Garanties et tarification du contrat collectif Santé

ANNEXE :

LES GARANTIES

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	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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 de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr .				
Honoraires :				
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	150%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	130%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	115%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	/	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	/	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)				
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Pharmacie non remboursée (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	/	100 €	150 €	200 €
Substituts nicotiques	100%	150 €	150 €	150 €
Contraception non remboursée	50 €	50 €	100 €	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	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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 .				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation du patient actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	/	60 €	80 €	100 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	50 €	70 €

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	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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€.				
Toute fois, 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 :				
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Équipement complet	Remboursement intégral			
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	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	100 €	150 €	200 €	400 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	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	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	200%
Traitement d'orthodontie	125%	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)	Remboursement intégral			
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	500 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	/	200 €	300 €	500 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	300 €	500 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	600 €

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	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Équipement complet	Remboursement intégral			
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	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	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	200 €	200 €	200 €	200 €
Assistance	/	Oui	Oui	Oui

QUELS SONT LES TARIFS MENSUELS PROPOSÉS ?

La participation financière de la collectivité pour les agents en activité vient en déduction de ces montants.



Les bénéficiaires adhèrent au même niveau de garantie que l'assuré principal.

Renseignez-vous auprès de votre collectivité pour connaître le montant de la participation employeur. La participation de l'employeur est à déduire des montants indiqués ci-dessous.

TARIFS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	16,00 €	26,15 €	32,91 €	37,69 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	24,19 €	39,55 €	49,77 €	57,00 €
Adulte actif de 31 à 40 ans inclus	28,83 €	47,13 €	59,32 €	67,94 €
Adulte actif de 41 à 50 ans inclus	36,59 €	59,81 €	75,28 €	105,38 €
Adulte actif de 51 à 60 ans inclus	45,41 €	72,37 €	91,08 €	104,33 €
Adulte actif de plus de 61 ans inclus	65,18 €	103,90 €	130,74 €	149,73 €
Retraité	68,95 €	112,63 €	141,73 €	162,32 €



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 Saintes,
62 Avenue Gambetta 17100 SAINTES



POUR EN SAVOIR PLUS,
RENDEZ-VOUS SUR **MNT.FR**
OU FLASHEZ CE QR CODE

