



santé

la mutuelle
nationale des
SAPEURS - POMPIERS
DE FRANCE

Créée et gérée par des sapeurs-pompiers



Gamme Santé 112 R Label

Parce que
vous protéger
**c'est notre
priorité**

Des garanties
adaptées
à chaque instant
de votre vie



05 62 13 20 20
(coût d'un appel local)

contact@mnsfpf.fr

www.mnsfpf.fr



Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France Siège social : 32, rue Bréguet 75011 PARIS. Siège administratif : 6 boulevard Déodat de Séverac CS 60 327 – 31773 COLOMIERS Cedex. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 776 949 760. Mutuelle substituée par la mutuelle VIASANTÉ Siège social : 104-110 boulevard Haussmann - 75008 PARIS. Mutuelle immatriculée sous le N° SIREN 777 927 120 et régie par le livre II du Code de la Mutualité. Document non contractuel © Robert Lneschke - Dauf - Fotolia.com - SI_GammeS112RL_Pla_2017.08.V1



Santé 112^R



LE MONTANT DES COTISATIONS FIGURANT SUR CE DOCUMENT PREND EN COMPTE LES INFORMATIONS SUIVANTES

ÂGE
Vous :
Votre conjoint(e) :

COMPOSITION FAMILIALE
Nombre d'enfants à charge :
Âge des enfants : 1. 2.
3. 4.

LES GARANTIES LABELLISÉES RESPONSABLES PEUVENT BÉNÉFICIER DE LA PARTICIPATION DE VOTRE SDIS OU DE VOTRE COLLECTIVITÉ TERRITORIALE

Remboursement total y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)



Garanties hospitalisation majorées en cas d'accident de la circulation*
Tous les forfaits sont exprimés par an et par bénéficiaire, sauf indication contraire.

FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX HORS HOSPITALISATION

	Santé 112 Initial ^R	Santé 112 ^R	Santé 112 Plus ^R
Consultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent à l'OPTAM (1)	120%	130%	200%
Consultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM (1)	120%	130%	200%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM (1)	120%	120%	150%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM (1)	120%	120%	150%
Examens de laboratoire	100%	100%	150%
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	112%	112%	100%

Grand appareillage			
Orthopédie (semelles orthopédiques, bas de contention..)	112% + 50€	120% + 50€	100% + 150€
Pansements, accessoires, petit appareillage	-	-	
Prothèses mammaires acceptée par la Sécurité sociale	-	-	100% + 250€
Prothèse capillaire acceptée par la Sécurité sociale	100%	100%	
Prothèses auditives agréées par la Sécurité sociale	100%	100%	100% + 250€ / oreille(6)
Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...	112%	112%	150%

PHARMACIE

Médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 30% par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Pharmacie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire - Médicaments en vente libre (2) : automédication identifié par un code CIP	30€ / famille	30€ / famille	50€

HOSPITALISATION

Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - OPTAM (1)	120%	130%	230%
Actes médicaux ou d'hospitalisation ≥ à 120€ ou à K60		Prise en charge de la participation forfaitaire de 18€	
Forfait journalier	100%	100%	100%
Maternité, maladie, anesthésie, chirurgie - médecin adhérent à l'OPTAM-CO (1)	210%	240%	250% - 400%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM-CO (1)	120%	120%	150%
Chambre particulière (3)			70€ / jour - 120€ / jour (3a)
Chambre particulière en ambulatoire	44€ / jour	50€ / jour	50€ / jour
Aide financière (à partir du 3 ^{ème} jour d'hospitalisation) (4)	12€ / jour limité à 12 jours / hospitalisation / bénéficiaire	12€ / jour limité à 12 jours / hospitalisation / bénéficiaire	12€ / jour limité à 12 jours / hospitalisation
Frais d'accompagnement d'une personne de - 12 ans ou + 75 ans (4) (sans limite d'âge pour les personnes handicapées)	-	-	100€ 30€ / jour (lit + repas en milieu hospitalier limité à 15 jours max / accident)

CURES THERMALES AGRÉÉES SÉCURITÉ SOCIALE

Frais médicaux de cure / hébergement	70%	70%	100% + 120€
--------------------------------------	-----	-----	-------------

DENTAIRE

Soins et consultations	120%	120%	200%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	312%	312%	400%
	Plafond à 800€ / année 1 Plafond à 900€ / année 2 Plafond à 1000€ / année 3 Année 4 et + : pas de plafond	Plafond à 800€ / année 1 Plafond à 900€ / année 2 Plafond à 1000€ / année 3 Année 4 et + : pas de plafond	Plafond à 1100€ / année 1 Plafond à 1300€ / année 2 Plafond à 1500€ / année 3 Année 4 et + : pas de plafond
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale pour les enfants de - 16 ans	312%	312%	350%
Implantologie	112€ / implant limité à 3 implants	112€ / implant limité à 3 implants	
Prothèses refusées par la Sécurité sociale	-	-	350€
Parodontologie	-	-	

OPTIQUE (5)

Monture + 2 verres simples (5a)	112% + 180€ dont 100€ au maximum pour la monture	112% + 190€ dont 100€ au maximum pour la monture	
Monture + 2 verres complexes (5b)	112% + 210€ dont 150€ au maximum pour la monture	112% + 220€ dont 150€ au maximum pour la monture	100% + 330€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes (5c)	112% + 210€ dont 150€ au maximum pour la monture	112% + 220€ dont 150€ au maximum pour la monture	
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100% + 70€	100% + 90€	100% + 200€
Chirurgie réfractive	312€ / œil	312€ / œil	350€ / œil

FORFAIT BIEN-ÊTRE

Ostéopathie / étiopathie / chiropractie / acupuncture / réflexologie	30€ / séance limité à 2 séances / an soit 60€	30€ / séance limité à 2 séances / an soit 60€	
Podologie	20€	20€ / séance limité à 2 séances / an soit 40€	
Pédicure	-	-	
Microkinésithérapie	-	-	
Diététique (diététicien diplômé d'État)	32€	32€ / séance limité à 2 séances / an soit 64€	

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Actes de prévention : détartrage annuel complet, bilan du langage...	100%	100%	100%
Panier de soins : contraception, amniocentèse, fécondation in vitro, ostéodensitométrie, homéopathie non remboursée, sevrage tabagique	-	-	
Vaccins	30€ / famille	30€ / famille	120€
MNSPF Assistance	inclus	inclus	
Prime de naissance ou d'adoption (par enfant rattaché au contrat)	112€	112€	112€

Le remboursement total correspond au remboursement de votre régime obligatoire et de la MNSPF dans la limite des frais engagés, sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et dans le cadre du parcours de soins coordonnés, déduction faite des franchises médicales (décret N° 2007-1937 du 26/12/2007) et le cas échéant, des prestations versées par toutes autres Complémentaires Santé. Sauf mention contraire, les montants indiqués sont des forfaits annuels par bénéficiaire. NB : Depuis le 1er janvier 2005, une participation forfaitaire de 1€ est laissée à la charge des assurés par le régime général pour tout acte de consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale (hors prélèvement). Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 qui modifie les règles définies aux articles R-871-1 et R-871-2 du code de la Sécurité sociale, la MNSPF prend en charge l'ensemble des participations des assurés définies à l'article R322-1 du Code de la Sécurité sociale, hors prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article. L'ensemble des postes de remboursement suscitait une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire bénéficiaire du Tiers-Payant généralisé.

VOTRE COTISATION € VOTRE COTISATION € VOTRE COTISATION €

(1) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO) est limitée à 100% (soit 200% assurance maladie obligatoire incluse) pour les soins délivrés à partir de 2017. Cette prise en charge est différenciée par une minoration de 20 points minimum pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. (2) Liste disponible sur <http://ansm.sante.fr> (3) Limité à 60 jours/an pour les maisons de repos et de convalescence agréées Sécurité sociale et établissements psychiatriques. (3a) Le forfait initial (70€) en cas d'accident de la circulation passe à 120€, limité à 6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie. Au-delà, c'est le forfait initial qui s'applique. (4) Indemnisation au 1er jour des 3 jours d'hospitalisation et ce pendant 12 jours sur présentation de factures par bénéficiaire et par hospitalisation. (5) La prise en charge des frais d'acquisition engagés pour un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, est prévue pour une période de deux ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les verres pris en charge sont définis ci-après : (5a) - Équipement avec 2 verres simples. Verres simples avec sphère comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, (5b) - Équipement avec 2 verres complexes. Verres simples avec sphère hors zone - 6,00 à + 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres sphériques avec sphère comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ou verres progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre - 8,00 à + 8,00, (5c) - Équipement avec 2 verres très complexes. Verres sphériques avec sphère hors zone - 4,00 à + 4,00 dioptries ou verres progressifs sphéro-cylindriques avec sphère hors zone entre - 8,00 à + 8,00, (6) Limité à 500€ par an. *Pour plus de détails, consultez le Règlement Mutualiste de votre garantie.