



la mutuelle nationale des
SAPEURS - POMPIERS
 DE FRANCE

Parce que
 vous protéger
c'est notre
priorité



Des garanties
adaptées
 à chaque
 instant
 de votre vie




05 62 13 20 20
 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 Sirene 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.



Garantie Santé 18 Jeunes^R



santé

Santé 18 Jeunes^RRÉSERVÉE AUX MOINS DE 30 ANS
GARANTIE NON LABELLISÉESanté 18 Jeunes^R

La garantie des moins de 30 ans. Une couverture complète (forfaits ostéopathie, chiropractie, prothèses dentaires, équipement optique...) à moindre coût.



EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

Jérémy, 27 ans, a des problèmes de dos et doit aller régulièrement chez l'ostéopathe.

Coût de la consultation : 40€



Remboursement Sécurité sociale : 0€

Remboursement Santé 18 Jeunes^R* : 20€

Reste à charge = 20€

*Dans la limite des dépenses engagées

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 Complémentaire Santé. Sauf mention contraire, les montants indiqués sont des forfaits annuels par bénéficiaire.

NB : Depuis le 1^{er} 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. Sl_S18R_Fic_2017.01.V1

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.

Tarif sur la base des informations connues : document non contractuel

Tous les forfaits sont exprimés par an et par bénéficiaire, sauf indication contraire.

Remboursement total y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)

RÉSERVÉE AUX MOINS DE 30 ANS

Santé 18 Jeunes^R

FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX HORS HOSPITALISATION

Consultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent au CAS ⁽¹⁾	100%
Consultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent au CAS ⁽¹⁾	100%
Actes techniques médicaux (ATM) - CAS ⁽¹⁾	100%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent au CAS ⁽¹⁾	100%
Examens de laboratoire	100%
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	100%

Orthopédie (semelles orthopédiques, bas de contention...)	
Grand appareillage	100% + 76,22€
Pansements, accessoires, petit appareillage	
Prothèse capillaire acceptée par la Sécurité sociale	100%
Prothèses auditives agréées par la Sécurité sociale	100%
Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...	100%

PHARMACIE

Médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale	100%
Médicaments remboursés à 30% par la Sécurité sociale	100%

HOSPITALISATION

Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - CAS ⁽¹⁾	100%
Actes médicaux ou d'hospitalisation ≥ à 120€ ou à K60	prise en charge de la participation forfaitaire de 18€
Forfait journalier	100%
Maternité, maladie, anesthésie, chirurgie - médecin adhérent au CAS ⁽¹⁾	100%
Actes techniques médicaux (ATM) - CAS ⁽¹⁾	100%
Chambre particulière y compris en ambulatoire ⁽²⁾	42€ / jour

Frais d'accompagnement d'une personne de - 12 ans ou + 75 ans (sans limite d'âge pour les personnes handicapées)	26,68€ / jour / 15 jours
--	--------------------------

DENTAIRE

Soins et consultations	100%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	275%
	Plafond à 500€ / année 1 Plafond à 600€ / année 2 Plafond à 700€ / année 3 Année 4 et + : pas de plafond

Prothèses refusées par la Sécurité sociale	76,22€ / prothèse. Limité à 3 prothèses
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale pour les enfants de - 16 ans	275%

OPTIQUE⁽³⁾

Monture + 2 verres simples ^(3a)	100% + 125€ dont 100€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ^(3b)	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes ^(3c)	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100% + 20€

FORFAIT BIEN-ÊTRE

Ostéopathie / étiopathie / chiropractie / acupuncture / réflexologie	20€ / séance. Limité à 3 séances
--	----------------------------------

PRÉVENTION

Actes de prévention : détartrage annuel complet, bilan du langage...	100%
Priorité Santé Mutualiste (PSM)	inclus
Sevrage tabagique sur prescription médicale ⁽⁴⁾	100% + 20€ / mois pendant 3 mois

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

MNSPF Assistance	inclus
Prime de naissance ou d'adoption (par enfant rattaché au contrat)	60,98€

VOTRE COTISATION



(1) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est limitée et différenciée de la prise en charge des médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Cf règlement mutualiste de votre garantie.

(2) Prise en charge de la chambre particulière selon les conditions définies à l'article 9 des dispositions générales du présent règlement mutualiste.

(3) 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 :

(3a) - équipement avec 2 verres simples. Verres simples avec sphère comprise entre - 6,00 ou +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries,

(3b) - équipement avec 2 verres complexes. Verres simples avec sphère hors zone - 6,00 ou +6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou verres sphériques avec sphère comprise entre - 4,00 ou +4,00 dioptries ou verres sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre - 8,00 ou +8,00,

(3c) - équipement avec 2 verres très complexes. Verres sphériques avec sphère hors zone - 4,00 ou +4,00 dioptries ou verres sphéro-cylindriques avec sphère hors zone entre - 8,00 et +8,00.

Pour plus de détails, consultez le Règlement Mutualiste de votre garantie.

(4) Forfait alloué sur prescription médicale et dans la limite de la dépense engagée valable 1 fois/an/bénéficiaire.