

NOTRE GAMME

SANTÉ 18^R

LABEL

 **la mutuelle
nationale des**
SAPEURS / POMPIERS
DE FRANCE

Créée et gérée par des sapeurs-pompiers



3 NIVEAUX
de **garanties**
pour **s'adapter**
à vos **besoins**



Pour vous
PROTÉGER
VOUS et
votre **famille**

SPP, SPV, PATS, JSP et Vétérans





VOS GARANTIES SANTÉ 18^R



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)

€ Forfait de 60 € / an / famille

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

	Santé 18 Initial ^R	Santé 18 ^R	Santé 18 Plus ^R
FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX HORS HOSPITALISATION			
Consultation, téléconsultation, visite à domicile - médecin généraliste adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	120%	130%
Consultation, téléconsultation, visite à domicile - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	130%	140%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Grand appareillage Orthopédie (semelles orthopédiques, bas de contention...) Pansements, accessoires, petit appareillage	100%	100% + 76,22€	100% + 80€
Prothèse capillaire acceptée par la Sécurité sociale	100%	100% + 125€	100% + 125€
Prothèses auditives agréées par la Sécurité sociale	100%	100% + 250€ / an	100% + 450€ / oreille ⁽⁴⁾
Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...	100%	100%	100%
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%
Pharmacie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire - Médicaments en vente libre ⁽²⁾ : automédication identifiée par un code CIP	€	-	-
HOSPITALISATION			
Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%
Actes médicaux ou d'hospitalisation ≥ à 120€ ou à K60	prise en charge de la participation forfaitaire de 18€	prise en charge de la participation forfaitaire de 18€	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⁾	100%	100%	250%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%	100%
Chambre particulière y compris en ambulatoire ⁽⁵⁾	-	42€ / jour	50€ / 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	26,68€ / jour / 15 jours
CURES THERMALES AGRÉÉES SÉCURITÉ SOCIALE			
Frais médicaux de cure	-	100%	100%
Hébergement	-	76,22€	76,22€
DENTAIRE			
Soins et consultations	100%	100%	120%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	100%	275% Plafond à 600€ / année 1 Plafond à 700€ / année 2 Plafond à 800€ / année 3 Année 4 et + : pas de plafond	400% Plafond à 1100€ / année 1 Plafond à 1300€ / année 2 Plafond à 1500€ / année 3 Année 4 et + : pas de plafond
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	-	76,22€ / prothèse (limité à 3 prothèses)	200€ / prothèse ou implant (limité à 3 prothèses ou implants ⁽⁷⁾)
Implantologie	-	-	-
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale pour les enfants de - 16 ans	100%	275%	325%
Parodontologie	-	-	75€ / an
OPTIQUE ⁽⁵⁾			
Monture + 2 verres simples ^(5a)	100%	100% + 130€ dont 100€ au maximum pour la monture	100% + 300€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ^(5b)	100%	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture	
Monture + 2 verres très complexes ^(5c)	100%	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture	
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100%	100% + 60€	100% + 120€
Chirurgie réfractive	-	-	500€ / oeil
FORFAIT BIEN-ÊTRE	€		
Ostéopathie / étiopathie / chiropractie / acupuncture / réflexologie		20€ / séance limité à 3 séances / an soit 60€ / an	30€ / séance limité à 3 séances / an soit 90€ / an
Psychomotricité	€		
Podologie	€	-	-
Diététique (diététicien diplômé d'état)		-	-
PRÉVENTION			
Actes de prévention : détartrage annuel complet, bilan du langage...	100%	100%	100%
Sevrage tabagique sur prescription médicale ⁽⁶⁾	€	100% + 20€ / mois pendant 3 mois	100% + 30€ / mois pendant 3 mois
Vaccins	€	-	-
Contraception ⁽⁸⁾			
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES			
MNSPF Assistance (garde d'enfants, aide à domicile...)	inclus	inclus	inclus
Prime de naissance ou d'adoption (par enfant rattaché au contrat)	-	60,98€	80€
	VOTRE COTISATION -----€	VOTRE COTISATION -----€	VOTRE COTISATION -----€

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 toute autre Complémentaire 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 suscitant une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire bénéficie du Tiers-Payant généralisé. (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 depuis le 1^{er} janvier 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 90 jours/an pour les maisons de repos et de convalescence agréées Sécurité sociale et établissements psychiatriques. (4) Limité à 900€ par an. (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 progressifs sphère comprise entre - 4,00 et +4,00 dioptries ou verres progressifs sphère-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 sphère-cylindriques avec sphère hors zone entre -8,00 à +8,00. (6) Forfait alloué sur prescription médicale et dans la limite de la dépense engagée valable 1 fois/an/bénéficiaire. (7) Les 3 prothèses ne sont pas cumulables avec les 3 implants. (8) Contraception sur prescription médicale. Pour plus de détails, consultez le Règlement Mutualiste de votre garantie. Document non contractuel.