



santé

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

*Créée et gérée par des sapeurs-pompiers*



## Nos garanties santé responsables 2018

Parce que  
vous protéger  
c'est notre  
priorité

À partir de <sup>(1)</sup>

**15** €

Des garanties  
adaptées  
à chaque  
instant  
de votre vie



(1) Cotisation mensuelle individuelle en vigueur en 2018 pour une personne de 20 ans adhérente à la garantie Santé 18 Initial R Label



santé

## LES RAISONS D'ADHÉRER À LA MNSPF :

- **Maîtriser mon budget santé** avec des complémentaires labellisées et responsables et des surcomplémentaires adaptées à mes besoins et ceux de ma famille
- **Optimiser mes dépenses** grâce au tiers payant, aux réseaux de soins et hospitaliers conventionnés
- **Protéger ceux que j'aime** en partageant ma mutuelle grâce à l'offre parrainage
- **Bénéficier d'avantages exclusifs** chez nos partenaires
- **Échanger avec mes conseillers mutualistes** dédiés (vie de mon contrat, remboursements)
- **Être épaulé en cas de coup dur** par notre service Social en toute confidentialité
- **Préserver mon capital santé** grâce à notre démarche d'éducation à la santé avec le service Prévention
- **Participer à la vie de la mutuelle** avec un fonctionnement démocratique : j'élis mes délégués qui élisent mes administrateurs
- **Partager les valeurs sapeurs-pompiers** sous la marque commune Sapeurs-Pompiers de France aux côtés de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France et de l'Œuvre des Pupilles Orphelins et fonds d'entraide nationale des sapeurs-pompiers de France

*C'est aussi choisir l'unique mutuelle créée et gérée par et pour les sapeurs-pompiers et reconnue par la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France.*

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. ....  
5. .... 6. .... et plus. ....



Tarif sur la base des informations connues : document non contractuel

# NOS GARANTIES EN UN CLIN D'ŒIL

3- Surcomplémentaire optionnelle COUVERTURE MAXI

2- Complémentaire santé - Mutuelle d'entreprise ou individuelle COUVERTURE INTERMÉDIAIRE

1- Remboursement Sécurité sociale COUVERTURE MINI

## COMPLÉMENTAIRES SANTÉ RESPONSABLES



santé

Leur rôle est de couvrir tout ou partie des dépenses en santé qui restent à votre charge après le remboursement des régimes de santé obligatoires (Sécurité sociale, ...). Elle peut également prendre en charge des prestations qui ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie (comme les médecines douces, les implants dentaires...).



- Un choix de complémentaires labellisées et responsables conformément au décret du 18 novembre 2014 en vigueur.
- Nos garanties labellisées peuvent bénéficier de la participation de votre SDIS ou de votre collectivité territoriale.

	Prioris R Label	Prioris Vue R Label	Santé 18 Initial R Label	Santé 18 Jeunes R	Santé 18 R Label	Santé 18 Plus R Label	Santé 112 Initial R Label	Santé 112 R Label	Santé 112 Plus R Label
Actes médicaux hors hospitalisation	+++	++	+	++	+++	++++	+++	++++	++++
Pharmacie	+	+	++	+	+++	+++	++++	++++	++++
Hospitalisation	++++	+++	+	++	+++	++++	+++	++++	++++
Optique et Audition	+	+++	+	++	++	++++	+++	+++	++++
Dentaire	+++	++	+	++	++	++++	+++	+++	++++
Forfait bien-être + divers			+	++	+++	++++	+++	+++	++++

## PLUS DE PROTECTION : SURCOMPLÉMENTAIRES SANTÉ



santé

Leur rôle est de compléter les remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé, plus couramment appelée mutuelle, en venant renforcer les remboursements sur des postes spécifiques.

Du sur-mesure avec 4 formules de SURCO au choix.

	SURCO A	SURCO B	SURCO C	SURCO D
Dépassements d'honoraires		+	+	+
Hospitalisation		+++	++	++++
Optique		++	+++	++++
Dentaire		+++	++	++++
Orthodontie		++	+++	++++
Bien-être, prévention, pharmacie	+	+++	+++	++++

## RÉTABLISSEZ-VOUS EN TOUTE SÉRÉNITÉ AVEC HOSPI 18



Garantie optionnelle en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile versée sous la forme d'une indemnisation forfaitaire journalière, accessible même sans complémentaire ou surcomplémentaire.



santé

# Priorité+R

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



## PriorisR

LABEL

Cette garantie vous offre une prise en charge renforcée sur les postes les plus coûteux comme l'implantologie, les prothèses dentaires, l'hospitalisation.

## Prioris VueR

LABEL

La garantie qui met à votre disposition tous les 2 ans un forfait confortable pour vos frais d'optique et un forfait annuel pour vos lentilles.



## EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

Marion, 32 ans, doit accoucher dans une clinique et préfère séjourner en chambre particulière.

Coût de la chambre particulière :

60€/jour



Remboursement Sécurité sociale : 0€

Remboursement Prioris R Label\* : 55€

Reste à charge = 5€

\* Dans la limite des dépenses engagées

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

### FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX HORS HOSPITALISATION

Consultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%
Consultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM <sup>(1)</sup>	100%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%
Examens de laboratoire	100%
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	100%
Orthopédie (semelles orthopédiques, bas de contention...)	100%
Grand appareillage	100%
Pansements, accessoires, petit appareillage	100%
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) - OPTAM <sup>(1)</sup>	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€
Forfait journalier	100%	100%
Maternité, maladie, anesthésie, chirurgie - médecin adhérent à l'OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	250%	100%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100%	100%
Chambre particulière y compris en ambulatoire <sup>(2)</sup>	55€ / jour	45€ / jour

### DENTAIRE

Soins et consultations	100%	100%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	400%	250%
	Plafond à 1100€ / année 1	Plafond à 500€ / année 1
	Plafond à 1300€ / année 2	Plafond à 600€ / année 2
	Plafond à 1500€ / année 3	Plafond à 700€ / année 3
	Année 4 et + : pas de plafond	Année 4 et + : pas de plafond

Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale pour les enfants de - 16 ans	100%	100%
Implantologie	200€	-

### OPTIQUE <sup>(3)</sup>

Monture + 2 verres simples <sup>(3a)</sup>	100%	100% + 220€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes <sup>(3b)</sup>	100%	100% + 260€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes <sup>(3c)</sup>	100%	100% + 260€ dont 150€ au maximum pour la monture

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale

### PRÉVENTION

Actes de prévention : détartrage annuel complet, bilan du langage...	100%	100%
--	------	------

### PRESTATION COMPLÉMENTAIRE

MNSPF Assistance	inclus	inclus
------------------	--------	--------

Remboursement total y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)

PriorisR  
LABEL

Prioris VueR  
LABEL

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) Limité à 90 jours/an pour les maisons de repos et de convalescence agréées Sécurité sociale et établissements psychiatriques. (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 et +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 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, (3c) - 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. Pour plus de détails, consultez le Règlement Mutualiste de votre garantie.

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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> 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.



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**

Consultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	120%
Consultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	120%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM <sup>(1)</sup>	120%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	120%
Examens de laboratoire	100%
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	112%
Grand appareillage	
Orthopédie (semelles orthopédiques, bas de contention...)	112% + 50€
Pansements, accessoires, petit appareillage	
Prothèses mammaires acceptée par la Sécurité sociale	-
Prothèse capillaire acceptée par la Sécurité sociale	100%
Prothèses auditives agréées par la Sécurité sociale	100%
Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...	112%

**PHARMACIE**

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

**HOSPITALISATION**

Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - OPTAM <sup>(1)</sup>	120%	130%	230%
Actes médicaux ou d'hospitalisation	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 <sup>(1)</sup>	210%	240%	250% - 400%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120%	120%	150%
Chambre particulière <sup>(3)</sup>			70€ / jour - 120€ / jour <sup>(3a)</sup>
Chambre particulière en ambulatoire	44€ / jour	50€ / jour	50€ / jour
Aide financière (à partir du 3 <sup>ème</sup> jour d'hospitalisation) <sup>(4)</sup>	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 <sup>(4)</sup> (sans limite d'âge pour les personnes handicapées)	-	-	100€ (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<sup>(5)</sup>**

Monture + 2 verres simples <sup>(5a)</sup>	112% + 180€ dont 100€ au maximum pour la monture	112% + 190€ dont 100€ au maximum pour la monture	100% + 330€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes <sup>(5b)</sup>	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 <sup>(5c)</sup>	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
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	-	-	30€ / séance limité à 5 séances / an soit 150€ / an (à répartir sur l'ensemble du forfait bien-être)
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€	

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 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 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 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.santefr.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 dès 3 jours d'hospitalisation et ce pendant 12 jours sur présentation de factures par le bénéficiaire et par l'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.



# Santé 18<sup>R</sup>

**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.

## FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX HORS HOSPITALISATION

Consultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%	120%	130%
Consultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%	130%	140%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Orthopédie (semelles orthopédiques, bas de contention...)			
Grand appareillage	100%	100% + 76,22€	100% + 80€
Pansements, accessoires, petit appareillage			
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 <sup>(2)</sup> : automédication identifiée par un code CIP	€	-	-

## HOSPITALISATION

Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - OPTAM <sup>(1)</sup>	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 <sup>(1)</sup>	100%	100%	250%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%
Chambre particulière y compris en ambulatoire <sup>(3)</sup>	-	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

## DENTAIRE

Soins et consultations	100%	100%	120%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	100%	275%	400%
		Plafond à 600€ / année 1 Plafond à 700€ / année 2 Plafond à 800€ / 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
Prothèses refusées par la Sécurité sociale	-	76,22€ / prothèse limité à 3 prothèses	200€ / prothèse ou implant. Limité à 3 prothèses ou implants <sup>(7)</sup>
Implantologie	-	-	-
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale pour les enfants de - 16 ans	100%	275%	325%
Parodontologie	-	-	75€ / an

## OPTIQUE<sup>(4)</sup>

Monture + 2 verres simples <sup>(5a)</sup>	100%	100% + 130€ dont 100€ au maximum pour la monture	100% + 300€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes <sup>(5b)</sup>	100%	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture	100% + 300€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes <sup>(5c)</sup>	100%	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture	100% + 300€ dont 150€ au maximum pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100%	100% + 60€	100% + 120€

## CURES THERMALES AGRÉÉES SÉCURITÉ SOCIALE

Frais médicaux de cure	-	100%	100%
Hébergement	-	76,22€	76,22€

## FORFAIT BIEN-ÊTRE

Ostéopathie / étiopathie / chiropractie / acupuncture / réflexologie	€	20€ / séance limité à 3 séances / an soit 60€	30€ / séance limité à 3 séances / an soit 90€
Podologie	€	-	-
Diététique	€	-	-

## PRÉVENTION

Actes de prévention : détartrage annuel complet, bilan du langage...	100%	100%	100%
Sevrage tabagique sur prescription médicale <sup>(6)</sup>	-	100% + 20€ / mois pendant 3 mois	100% + 30€ / mois pendant 3 mois
Vaccins	€	-	-

## PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

MNSPF Assistance	inclus	inclus	inclus
Prime de naissance ou d'adoption (par enfant rattaché au contrat)	-	60,98€	80€
Frais obsèques	-	304,90€	304,90€

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<sup>er</sup> 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<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> et 14<sup>o</sup> 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.

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

# Santé 18 Jeunes<sup>R</sup>

RÉSERVÉE AUX MOINS DE 30 ANS  
GARANTIE NON LABELLISÉE



santé

## Santé 18 Jeunes<sup>R</sup>

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

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<sup>R</sup>

### FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX HORS HOSPITALISATION

Consultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%
Consultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	100%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM <sup>(1)</sup>	100%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM <sup>(1)</sup>	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%
<b>PHARMACIE</b>	
Médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale	100%
Médicaments remboursés à 30% par la Sécurité sociale	100%
<b>HOSPITALISATION</b>	
Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - OPTAM <sup>(1)</sup>	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 à l'OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100%
Actes techniques médicaux (ATM) - OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100%
Chambre particulière y compris en ambulatoire <sup>(2)</sup>	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
<b>DENTAIRE</b>	
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%
<b>OPTIQUE <sup>(3)</sup></b>	
Monture + 2 verres simples <sup>(3a)</sup>	100% + 125€ dont 100€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes <sup>(3b)</sup>	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes <sup>(3c)</sup>	100% + 200€ dont 150€ au maximum pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100% + 20€
<b>FORFAIT BIEN-ÊTRE</b>	
Ostéopathie / étiopathie / chiropractie / acupuncture / réflexologie	20€ / séance. Limité à 3 séances
<b>PRÉVENTION</b>	
Actes de prévention : détartrage annuel complet, bilan du langage...	100%
Sevrage tabagique sur prescription médicale <sup>(4)</sup>	100% + 20€ / mois pendant 3 mois
<b>PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES</b>	
MNSPF Assistance	inclus
Prime de naissance ou d'adoption (par enfant rattaché au contrat)	60,98€



## 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<sup>R</sup>\* : **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<sup>er</sup> 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<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> et 14<sup>o</sup> du même article.

L'ensemble des postes de remboursement suscitant une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire bénéficiaire 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 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) 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 et +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 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, (3c) - 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 et +8,00. (4) Forfait alloué sur prescription médicale et dans la limite de la dépense engagée valable 1 fois/an/bénéficiaire. Pour plus de détails, consultez le Règlement Mutualiste de votre garantie.

VOTRE COTISATION





# Surcomplémentaire

## ► RENFORCEZ VOTRE CONTRAT EXISTANT

Son rôle est de compléter les remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé, plus couramment appelée mutuelle, en venant renforcer les remboursements sur des postes spécifiques, tels que l'optique, le dentaire ou l'hospitalisation.



Elle s'adresse UNIQUEMENT à ceux qui disposent déjà d'une complémentaire santé\* dont les garanties peuvent s'avérer insuffisantes (par exemple des salariés ayant une mutuelle à adhésion obligatoire) ou qui souhaitent améliorer leur couverture déjà en place sur des prestations précises. \*exclusion faite de la garantie Hospi18

## ► COMMENT ÇA FONCTIONNE ?



## ► NOS FORMULES SURCO EN DÉTAILS :

Notre gamme SURCO\* propose 4 formules avec différents renforts pour compléter les remboursements de la Sécurité sociale et ceux de la complémentaire santé. **Choisissez la plus adaptée à vos besoins !**



- Chaque membre de la famille souscrit à la formule dont il a besoin.
- Une tarification par bénéficiaire.

	SURCO A*	SURCO B*	SURCO C*	SURCO D*
<b>OPTIQUE</b> : monture / verres / lentilles	-	+50€	+100€	+200€
<b>PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES</b> : implants / an	-	+300€	+150€	+400€
<b>ORTHODONTIE</b> (au semestre)	-	+150€	+300€	+400€
<b>DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES</b> : médecins généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses et radiologie	-	+5€/ LIMITÉ À 10 FOIS PAR AN	+5€/ LIMITÉ À 10 FOIS PAR AN	+5€/ LIMITÉ À 10 FOIS PAR AN
<b>HOSPITALISATION</b> : Chambre particulière (y compris ambulatoire) frais d'accompagnement, dépassements d'honoraires...	-	+200€ / AN	+150€/AN	+300€ / AN
<b>PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE</b> : ostéopathe, chiropracteur diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, semelles orthopédiques, podologue, pharmacie prescrite non remboursée	+50€	+100€	+100€	+150€
<b>MNSPF ASSISTANCE</b>	INCLUS	INCLUS	INCLUS	INCLUS
<b>PRIORITÉ SANTÉ MUTUALISTE (PSM)</b>	INCLUS	INCLUS	INCLUS	INCLUS

\* En complément du remboursement Sécurité sociale + complémentaire santé et dans la limite des dépenses engagées. Délai de stage de 3 mois. Se référer au règlement mutualiste.





# Hospi 18



► **RÉTABLISSEZ-VOUS EN TOUTE SÉRÉNITÉ**

En choisissant cette option vous améliorez votre séjour à l'hôpital et votre retour à domicile. Car une hospitalisation n'est jamais prévue, Hospi 18 aide à gérer les frais imprévus.

**Accessible avec ou sans complémentaire santé.**



Vous bénéficiez jusqu'à **1326€/an** d'indemnité forfaitaire que vous utilisez comme vous le souhaitez (frais d'accompagnement, garde d'enfants, aide ménagère, chambre particulière...) soit **13,26€/jour** pendant 100 jours.\*\*

**9,00 €**  
/mois\*

\* tarif 2018  
\*\* voir Règlement Mutualiste Hospi 18 disponible sur simple demande

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

### BIEN-ÊTRE

#### Santé 18 Initial R Label

Jérémy, 27 ans, doit se rendre régulièrement chez l'ostéopathe pour ses problèmes de dos.

Coût de la consultation		50€	⊖
Remboursement Sécurité Sociale		0€	⊖
Remboursement Santé 18 Initial R Label		50€	

Reste à charge = 0€

### DENTAIRE

#### Santé 18 Plus R Label + SURCO B

Christophe, 36 ans, doit se faire poser une couronne dentaire.

Coût de la prestation		750€	⊖
Remboursement Sécurité Sociale		75,25€	⊖
Remboursement Santé 18 Plus R Label		354,75€	⊖

Remboursement SURCO B 300€

Reste à charge = 20€

### HOSPITALISATION

#### Prioris R Label + Hospi 18

POUR 1 JOUR À COMPTER DU 3<sup>ÈME</sup> JOUR D'HOSPITALISATION

Marion, 32 ans doit accoucher et préfère avoir une chambre particulière et un lit accompagnant.

Coût de la chambre particulière		60€	⊖
Remboursement Sécurité Sociale		0€	⊖

Remboursement Prioris R Label 55€

Coût lit accompagnant 10€

Remboursement Sécurité Sociale 0€

Remboursement Prioris R Label 0€

Remboursement Hospi 18 13,26€/j

Reste à charge = 1,74€

### ORTHODONTIE

#### Santé 112 Initial R Label

Lola, 12 ans, doit porter un appareil dentaire.

Coût de l'appareillage au semestre		690€	⊖
Remboursement Sécurité Sociale		193,50€	⊖
Remboursement Santé 112 Initial R Label		410,22€	

Reste à charge = 86,28€

0€ de reste à charge en souscrivant à la SURCO C

### OPTIQUE

#### Santé 112 Plus R Label + SURCO D

Adrien, 22 ans, doit changer ses lunettes de vue.

Coût de la monture + verres complexes		502€	⊖
Remboursement Sécurité Sociale		13,04€	⊖
Remboursement Santé 112 Plus R Label		338,70€	⊖

Remboursement SURCO D 150,26€

Reste à charge = 0€

les  
+  
MNSPF



Le tiers-payant  
pour ne pas  
avancer  
les frais

## Action sociale

Votre service dédié au sein de la MNSPF  
pour faire face aux difficultés de la vie :

- **Santé** : maladie, handicap, hospitalisation...
- **Famille** : divorce, séparation, décès, dépendance...
- **Budget** : difficultés financières, surendettement, dépenses de santé (accès à un prêt à taux zéro)
- **Travail** : chômage, perte d'emploi, précarité, retraite, mutation, difficultés relationnelles

Écoute, orientation et accompagnement en toute confidentialité

Nous vous épaulons en toutes circonstances

Actions en synergie avec l'Oeuvre Des Pupilles Orphelins et  
fonds d'entraide des Sapeurs-Pompiers de France (ODP),  
le réseau associatif sapeur-pompier et  
l'association de lutte contre le  
surendettement CRESUS

PENSEZ-Y !

Ces services sont  
**gratuits & inclus**  
dans vos garanties  
santé.



MNSPF  
Assistance

### Une équipe de spécialistes à votre écoute

- Soutien psychologique
- Service d'assistance en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire et en cas d'immobilisation : aide à domicile, transfert médical, déplacement d'un proche en cas d'hospitalisation
- Prestation d'accompagnement des jeunes parents et des aidants
- Service d'aide et de conseil à la personne : pour toutes les questions du quotidien (logement, consommation, juridique...)
- Rapatriement en cas de décès

*Réservé aux adhérents à la MNSPF en garantie santé uniquement  
Prestations soumises à conditions. Voir Notice d'Information MNSPF Assistance*

 N°Cristal 09 69 36 61 63

APPEL NON SURTAXÉ



## Prévention

Votre service dédié au sein de la MNSPF  
pour préserver votre capital-santé

- Des services 100% pris en charge pour préserver votre santé <sup>(1)</sup>
  - ◆ Enfants : santé bucco-dentaire, vaccinations, bilan orthophoniste...
  - ◆ Personnes de + de 50 ans : dépistage des troubles de l'audition, ostéodensitométrie
  - ◆ Détartrage annuel...
- Des informations pour vous aider à préserver votre capital forme et santé

- Une aide concrète pour les sapeurs-pompiers dans leur démarche de santé

*(1) sous réserve du respect des conditions médicales  
et techniques permettant la prise en charge  
par la Sécurité sociale.*

*Ce service n'est pas inclus  
dans la garantie  
hospitalisation  
Hospi 18*

# Ouvert à tous

sans questionnaire médical  
& sans limite d'âge

Encore  
+  
d'avantages

Renforcez  
votre protection



prévoyance



Parce qu'un accident n'arrive pas  
qu'aux autres !

- Complément de revenus en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente, ou de perte de retraite due à une invalidité
- Capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

  
parrainage

Alinéa  
Marionnaud



YVES ROCHER



Parlez de  **votre mutuelle**  autour de  
vous et gagnez jusqu'à **300€**  
de chèques-cadeaux !

  
Avantages  
Partenaires

Assurance habitation ou automobile, assurance de prêts...

Profitez des tarifs préférentiels spécialement négociés pour vous auprès de nos partenaires.

Pour compléter votre protection à chaque étape de votre vie





santé

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

*Créée et gérée par des sapeurs-pompiers*



Etude  
personnalisée  
**gratuite &**  
**SANS engagement**



**05 62 13 20 20**  
**contact@mnsfp.fr**  
**www.mnsfp.fr**

## Important

Vous êtes  
**fonctionnaire territorial**  
et vous n'avez pas encore  
adhéré à une **garantie labellisée** ?

Conformément à l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, une majoration de 2% par année de retard sera appliquée sur le montant de la cotisation pour toute adhésion "tardive" à une garantie labellisée.

Est considérée comme tardive, l'adhésion intervenant plus de 2 ans après la parution du décret.

**Pour en savoir plus, contactez nos téléconseillers.**



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.

SI\_CAT\_SANTE\_2017.08.V1 - Document non contractuel - © Robert Kneschke - Rbh - Fotolia.com - Sylvain Harrison