







VOTRE GAMME
SANTÉ 112^R
LABEL



Garanties majorées en cas d'accident de la circulation (7)(8)

Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF

SOINS COURANTS		Santé 112 Initial ^R LABEL	Santé 112 Plus ^R LABEL
Honoraires médicaux	Consultation / téléconsultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent au DPTAM (1)	120%	200%
	Consultation / téléconsultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent au DPTAM (1)	120%	200%
Honoraires paramédicaux	Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM (1)	120%	150%
	Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste...	112%	150%
Analyses et examens de laboratoire	Analyses et examens de laboratoire	100%	150%
Médicaments	Médicaments remboursés à 65%, 30% et 15% par l'AMO	100%	100%
	Médicaments en vente libre : automédication identifiée par un code CIP et répertoriée (2)	50€/an/famille	50€
	Vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (3)	30€/an/famille	Inclus dans le panier de soins
Matériel médical	Orthopédie (ex : semelles orthopédiques, bas de contention...)		
	Grand appareillage (ex : fauteuil roulant...)	112% + 50€	100% + 150€
	Pansements, accessoires (ex : bandes...)		
Prothèses mammaires et capillaires	Petit appareillage (ex : béquilles, attelle, aérosol, minerve...)		
	Prothèses mammaires acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100% + 250€
Transport	Prothèse capillaire acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		
Imagerie / Radiologie	Frais de transport acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	112%	100%
	Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent au DPTAM (1)	120%	150%
HOSPITALISATION (Y COMPRIS CENTRE DE RÉÉDUCATION) / MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE AGRÉÉE AMO ET ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE (8)			
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier	100%	100%
	Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - DPTAM (1)	120%	230%
Honoraires	Acte médical ou d'hospitalisation supérieur ou égal à 120€ ou à K60	Prise en charge de la participation forfaitaire de 24€	
	Maternité, maladie, anesthésie, chirurgie - médecin adhérent au DPTAM (1)	210%	250%  400%
	Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM (1)	120%	150%
Chambre particulière	Chambre particulière (4)	44€/jour (4)	70€/jour (4)  120€/jour en secteur médecine et chirurgie, limité à 6 mois maximum (5)
	Chambre particulière en ambulatoire (4)	44€/jour	50€/jour
Prestations complémentaires Hospitalisation	Aide financière (à partir du 3 ^{ème} jour d'hospitalisation) (6)	12€/jour limité à 12 jours/hospitalisation	 100€ (10)
	Frais d'accompagnement pour une personne de moins de 12 ans ou de plus de 75 ans (sans limite d'âge pour les personnes handicapées) (9)	-	12€/jour limité à 12 jours/hospitalisation  30€/jour (lit et repas) en milieu hospitalier, limité à 15 jours/accident
CURES THERMALES AGRÉÉES ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)			
	Forfait thermal	-	100%
	Honoraires de surveillance médicale	-	100% + 120€
	Hébergement (11)	-	100% + 120€
DENTAIRE			
Soins et prothèses relevant du 100% Santé (12)	Soins et prothèses relevant du 100% Santé	100% frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	

Soins	Soins et consultations (y compris réparations sur prothèse)	120% 312%	200% 400%
Autres prothèses dentaires (relevant des paniers Tarifs maîtrisés et Tarifs libres)	Prothèses dentaires acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) relevant des paniers tarifs maîtrisés et tarifs libres (y compris prothèses sur implant)	Année 1 : Plafond à 800 € / Année 2 : Plafond à 900 € / Année 3 : Plafond à 1000 € / Année 4 : Plus de plafond Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour le panier Tarifs maîtrisés	Année 1 : Plafond à 1100 € / Année 2 : Plafond à 1300 € / Année 3 : Plafond à 1500 € / Année 4 : Plus de plafond
Prestations complémentaires Dentaire	Prothèses dentaires non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	-
	Implants non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	112€/implant limité à 3 implants/an/bénéficiaire	350€
	Parodontologie non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	-
Orthodontie	Orthodontie acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (pour les enfants de moins de 16 ans)	312%	350%
OPTIQUE (13)			
Équipements relevant du 100% Santé (Classe A) (12)	Monture et verres simples, complexes et très complexes - Classe A (13a à 13f)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Équipements optiques : verres et monture Tarif libre (Classe B)	Monture et verres simples - Classe B (13a)	180€ dont 100€ au maximum pour la monture	330€ dont 100€ au maximum pour la monture
	Monture et verres complexes et très complexes - Classe B (13b à 13f)	210€ dont 100€ au maximum pour la monture	
Équipements optiques : verres classe A et monture classe B ou verres classe B et monture classe A	Monture A + verres B ou Monture B + verres A (13a à 13f)	Voir règlement mutualiste	Voir règlement mutualiste
Suppléments optiques (pour les verres de Classe A ou Classe B)	Adaptation de la correction visuelle	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
	Appariage de verres d'indice de réfraction différents (hors verres Classe B)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
	Supplément pour verres avec filtre	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100%	100%
Autres dispositifs médicaux d'optique	Lentilles acceptées et refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100% + 100€	100% + 200€
	Chirurgie réfractive	312€/œil	350€/œil
AIDES AUDITIVES (14)			
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) (12)	Prothèses auditives relevant du 100% Santé - classe I (quel que soit l'âge)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives (Classe II) (10)	Prothèses auditives relevant du 100% Santé - classe II (15)(16)	100%	100% + 250€/oreille
	Prestation de suivi	100%	100%
	Piles et accessoires	100% et dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par l'AMO	
BIEN-ÊTRE (17)			
	Ostéopathie / Étiopathie / Chiropractie / Acupuncture / Réflexologie / Psychomotricité	30€/séance limité à 2 séances/an	
	Podologie non remboursée	20€/an	
	Pédicure	-	
	Diététique	32€/an	
	Microkinésithérapie	-	
			30€/séance limité à 5 séances/an
PRÉVENTION			
	Actes de prévention remboursés par l'AMO définis par la réglementation en vigueur (18)	100%	100%
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES			
	Panier de soins pour les prestations non remboursées : contraception, amniocentèse, fécondation in vitro, vaccins (3), ostéodensitométrie, homéopathie, sevrage tabagique médicamenteux (19)	-	120€/an/bénéficiaire
	Téléconsultation 7J/7 - 24H/24 (20) Nouveau	Inclus	Inclus
	MNSPF Assistance : Aide à domicile, garde d'enfants, portage de médicaments... (21)	Inclus	Inclus
	Prime de naissance ou d'adoption	112€	112€

"Le remboursement total correspond au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) 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 respect 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. NB : Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 16 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°2019-21 du 11 janvier 2019 qui modifie les règles définies aux articles L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R. 871.1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale applicables aux contrats responsables : 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^e, 7^e, 10^e et 14^e du même article. (1) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) comprenant l'OPTIAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTIAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) est limitée à 100% (soit 200% assurance maladie obligatoire incluse). Cette prise en charge est différenciée de celle des médecins adhérents au DPTAM par une minoration de 20 points au minimum pour les médecins non adhérents au DPTAM. (2) Liste disponible sur <https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct> (3) Vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire délivrés sur prescription médicale (4) Limité à 60 jours/an pour les maisons de repos et de convalescence agréées Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et établissement psychiatrique. (5) 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. (6) Indemnisation au 1^{er} jour, dès 3 jours d'hospitalisation, et ce pendant 12 jours maximum, par bénéficiaire et par hospitalisation, sur présentation de factures impérativement éditées par l'établissement (télévision, téléphone, internet...). (7) Accident de la circulation : est réputé « accident de la circulation », l'accident provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée, survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre. Il est précisé que les accidents surviennent lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation. (8) Hors maison de repos et de convalescence agréée AMO et établissement psychiatrique. (9) Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent

l'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans (sans limite d'âge pour les personnes handicapées). (10) Les frais liés à une hospitalisation d'au moins 3 jours, doivent impérativement être facturés par l'établissement (télévision, téléphone, internet...). (11) Sur présentation de la facture acquittée de l'hébergement et justificatif de la cure par l'établissement thermal. (12) Tels que définis réglementairement. (13) La prise en charge est limitée à un équipement (composé de deux verres et d'une monture) tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Par dérogation, la période de deux ans est réduite, en cas d'évolution de la vue, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture). Pour les enfants de moins de 16 ans, cette période d'un an ne leur est pas opposable, pour les verres, en cas d'évolution de la vue ayant nécessité une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la prise en charge est limitée par période de six mois à un équipement composé de deux verres et d'une monture en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. En tout état de cause, le montant du remboursement de l'équipement (deux verres et monture) est établi dans la limite fixée par la garantie souscrite conformément à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date de facturation de l'équipement. Les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et de l'Arrêté du 3 décembre 2018. Les verres pris en charge sont définis ci-après : (13a) Equipement avec 2 verres simples : équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries / équipement à verres unifocaux sphérocyliindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries / équipement à verres unifocaux sphérocyliindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. (13b) Equipement avec un verre simple (a) et un verre complexe (c). (13c) Equipement avec 2 verres complexes : équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries / équipement à verre unifocaux sphérocyliindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries / équipement à verre unifocaux sphérocyliindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / équipement à verre unifocaux sphérocyliindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est

comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cyliindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cyliindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. (13d) Equipement avec un verre simple (a) et un verre très complexe (f). (13e) Equipement avec un verre complexe (c) et un verre très complexe (f). (13f) Equipement avec 2 verres très complexes : équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cyliindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cyliindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cyliindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. (14) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et l'arrêté du 14 novembre 2018. À partir du 1^{er} janvier 2021, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, à l'issue de sa période d'essai. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. (15) Niveau de prise en charge applicable pour un appareil audifit dont la date de facturation est antérieure au 31 décembre 2020. (16) Et pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} après correction). (17) Le forfait « Bien-être » est versé sur justificatif (facture nominative faisant mention de la date et de la nature de l'acte et comportant le numéro ADEL1 ou le numéro RPPS du praticien). La MNSPF se réserve la possibilité de demander tout autre justificatif qu'elle estimerait utile. (18) Actes de prévention acceptés par le Régime obligatoire définis par la réglementation en vigueur. (19) Sur prescription médicale (à l'exception de l'homéopathie) et sur présentation de la facture acquittée. (20) Se référer à la notice d'information de votre garantie. (21) Se référer à la notice d'information de votre garantie d'assistance. L'ensemble des postes de remboursement suscitant une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire bénéficie du Tiers-Payant généralisé. Sauf mention contraire, les montants indiqués sont des forfaits annuels par bénéficiaire."