Mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE
groupe matmut

Santé 18 Plus[R]
LABEL

TABLEAU DE GARANTIES 2025

	Assurance Maladie Obligatoire (Régime général)	Remboursement MNSPF sur la BRSS	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste adhérant au DPTAM [1] : Consultation / Téléconsultation / Visite à domicile	70%	60%	130%
Médecin généraliste non adhérant au DPTAM [1] : Consultation / Téléconsultation / Visite à domicile	70%	40%	110%
Médecin spécialiste adhérant au DPTAM [1] : Consultation / Téléconsultation / Visite à domicile	70%	70%	140%
Médecin spécialiste non adhérant au DPTAM [1] : Consultation / Téléconsultation / Visite à domicile	70%	50%	120%
Télésurveillance médicale (diabète, insuffisance rénale, respiratoire et cardiaque)	60%	40%	100%
Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM [1]	70%	30%	100%
Actes Techniques Médicaux (ATM) - non DPTAM [1]	70%	30%	100%
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste…	60%	40%	100%
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	60%	40%	100%
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	65%	35%	100%
Médicaments remboursés à 30% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	30%	70%	100%
Médicaments remboursés à 15% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	15%	85%	100%
Matériel médical			
Orthopédie (ex : semelles orthopédiques, bas de contention…)	60%	0% + 80 € ou 40% + 80 €	100% + 80 €
Grand appareillage (ex : fauteuil roulant…)	100%		
Pansements, accessoires (ex : bandes...)	60%		
Petit appareillage (ex : béquilles, attelle, aérosol, minerve…)	60%		
Prothèses mammaires et capillaires			
Prothèses mammaires acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	-	100%
Prothèse capillaire acceptée Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	125 €	100% + 125 €
Transport			
Frais de transport acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	55% ou 100%	45% ou 0%	100%
Imagerie / Radiologie			
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent au DPTAM [1]	70%	30%	100%
Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste non adhérent au DPTAM [1]	70%	30%	100%
HOSPITALISATION (Y COMPRIS CENTRE DE RÉÉDUCATION)			
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier	-	100%	100%
Forfait Patient Urgences	-	100%	100%
Honoraires			
Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - DPTAM [1]	60% ou 70% ou 80 %	40% ou 30% ou 20%	100%
Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - non DPTAM [1]	60% ou 70% ou 80 %	40% ou 30% ou 20%	100%
Acte médical ou d'hospitalisation supérieur ou égal à 120€ ou à K60	-	Prise en charge de la participation forfaitaire de 24 €	Prise en charge de la participation forfaitaire de 24 €
Maternité, maladie, anesthésie, chirurgie - médecin adhérant au DPTAM [1]	80% ou 100%	170% ou 150%	250%
Maternité, maladie, anesthésie, chirurgie - médecin non adhérant au DPTAM [1]	80% ou 100%	120% ou 100%	200%
Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM [1]	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Actes Techniques Médicaux (ATM) - non DPTAM [1]	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Chambre particulière			
Chambre particulière	-	50 € / jour	50 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	50 € / jour	50 € / jour
Prestations complémentaires Hospitalisation			
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) [3]	-	26,68 € / jour / 15 jours	26,68 € / jour / 15 jours

Mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE
groupe matmut

Santé 18 Plus[R]
LABEL

TABLEAU DE GARANTIES 2025

	Assurance Maladie Obligatoire (Régime général)	Remboursement MNSPF sur la BRSS	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF
CURES THERMALES AGRÉÉES ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)			
Forfait thermal	65%	35%	100%
Honoraire de surveillance médicale	70% ou 100%	30% ou 0%	100%
Hébergement [4]	-	76,22 €	76,22 €
MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE AGRÉÉE ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) ET ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE			
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier	-	100%	100%
Forfait Patient Urgences	-	100%	100%
Honoraires			
Soins - médecin adhérant DPTAM [1]	60% ou 70% ou 80%	40% ou 30% ou 20%	100%
Soins - médecin non adhérant DPTAM [1]	60% ou 70% ou 80%	40% ou 30% ou 20%	100%
Maladie - médecin adhérant DPTAM [1]	80% ou 100%	170% ou 150%	250%
Maladie - médecin non adhérant DPTAM [1]	80% ou 100%	120% ou 100%	200%
Chambre particulière			
Chambre particulière	-	50 € / jour limité à 90 jours / an	50 € / jour limité à 90 jours / an
Prestations complémentaires Hospitalisation			
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) [3]	-	26,68 € / jour / 15 jours	26,68 € / jour / 15 jours
DENTAIRE			
Soins et prothèses relevant du 100% Santé [5]			
Soins et prothèses relevant du 100% Santé	60%	40% frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	100% frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)
Soins			
Soins et consultations (y compris réparations sur prothèse)	60%	60%	120%
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 prothèse sur implant)	60%	340% Plafond à 1100 €/année 1 Plafond à 1300 €/année 2 Plafond à 1500 €/année 3 Année 4 : Plus de plafond *Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour le panier Tarifs maîtrisés*	400% Plafond à 1100 €/année 1 Plafond à 1300 €/année 2 Plafond à 1500 €/année 3 Année 4 : Plus de plafond *Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour le panier Tarifs maîtrisés*
Prestations complémentaires Dentaire			
Prothèses dentaires non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	200 € / prothèse ou implant limité à 3 prothèses ou implants / an / Bénéficiaire	200 € / prothèse ou implant limité à 3 prothèses ou implants / an / Bénéficiaire
Implants non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-		
Parodontologie non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	75 € / an / Bénéficiaire	75 € / an / Bénéficiaire
Orthodontie			
Orthodontie acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (pour les enfants de moins de 16 ans)	60% ou 100%	265% ou 225%	325%

Mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE
groupe matmut

Santé 18 Plus[R]
LABEL

GARANTIES 2025

	Assurance Maladie Obligatoire (Régime général)	Remboursement MNSPF sur la BRSS	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF
OPTIQUE [6]			
Équipements relevant du 100% Santé (Classe A) [5]			
Monture et verres - Classe A	60%	40% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements optiques : verres et monture Tarif libre (Classe B)			
Monture + 2 verres simples [6a] - Classe B	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dont 100 € au maximum pour la monture	300 € dont 100 € au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes [6c] - Classe B	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dont 100 € au maximum pour la monture	300 € dont 100 € au maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes [6f] - Classe B	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dont 100 € au maximum pour la monture	300 € dont 100 € au maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe [6b] - Classe B	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dont 100 € au maximum pour la monture	300 € dont 100 € au maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe [6d] - Classe B	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dont 100 € au maximum pour la monture	300 € dont 100 € au maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe [6e] - Classe B	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dont 100 € au maximum pour la monture	300 € dont 100 € au maximum pour la monture

Mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE
groupe matmut

Santé 18 Plus[R]
LABEL

GARANTIES 2025

	Assurance Maladie Obligatoire (Régime général)	Remboursement MNSPF sur la BRSS	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF
OPTIQUE [6]			
Équipements optiques : verres classe A & monture classe B ou verres classe B & monture classe A			
Monture classe A + 2 verres simples classe B [6a]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture	300 € Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture
Monture classe A + 2 verres complexes classe B [6c]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture	300 € Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture
Monture classe A + 2 verres très complexes classe B [6f]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture	300 € Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture
Monture classe A + 1 verre simple classe B + 1 verre complexe classe B [6b]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture	300 € Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture
Monture classe A + 1 verre simple classe B + 1 verre très complexe classe B [6d]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture	300 € Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture
Monture classe A + 1 verre complexe classe B + 1 verre très complexe classe B [6e]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture	300 € Prise en charge de la monture classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge des verres dans la limite du forfait et déduction faite de la prise en charge de la monture
Monture classe B + 2 verres simples classe A [6a]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie.	300 € dont 100 € au maximum pour la monture Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie.

Mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE
groupe matmut

Santé 18 Plus[R]
LABEL

GARANTIES 2025

	Assurance Maladie Obligatoire (Régime général)	Remboursement MNSPF sur la BRSS	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF
OPTIQUE [6]			
Équipements optiques : verres classe A & monture classe B ou verres classe B & monture classe A			
Monture classe B + 2 verres complexes classe A [6c]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie.	300 € dont 100 € au maximum pour la monture Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie
Monture classe B + 2 verres très complexes classe A [6f]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie.	300 € dont 100 € au maximum pour la monture Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie
Monture classe B + 1 verre simple classe A + 1 verre complexe classe A [6b]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie.	300 € dont 100 € au maximum pour la monture Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie
Monture classe B + 1 verre simple classe A + 1 verre très complexe classe A [6d]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie.	300 € dont 100 € au maximum pour la monture Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie
Monture classe B + 1 verre complexe classe A + 1 verre très complexe classe A [6e]	60%	300 € déduction faite de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie.	300 € dont 100 € au maximum pour la monture Prise en charge des verres classe A dans la limite du Prix Limite de Vente. Prise en charge de la monture (100 € au maximum) déduction faite de la prise en charge des verres et dans la limite du forfait de la garantie
Suppléments optiques (pour les verres Classe A ou Classe B)			
Adaptation de la correction visuelle	60%	40% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Appairage de verres d'indice de réfraction différents (hors verres Classe B)	60%	40% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Supplément pour verres avec filtre	60%	40% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées et refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	0% ou 60%	0% ou 40% + 150 €	100% +150 € ou 0% + 150 €
Chirurgie réfractive	-	500 € / œil	500 € / œil

Mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE
groupe matmut

Santé 18 Plus[R]
LABEL

TABLEAU DE GARANTIES 2025

	Assurance Maladie Obligatoire (Régime général)	Remboursement MNSPF sur la BRSS	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF
AIDES AUDITIVES [7]			
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) [5]			
Prothèses auditives relevant du 100% Santé - classe I (quel que soit l'âge)	60%	40% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Aides auditives (Classe II)			
Prothèses auditives - classe II (>20 ans)	60%	40% + 450 €/oreille	100% + 450 €/oreille
Prothèses auditives - classe II (≤ 20 ans) [8]	60%	40% + 300 €/oreille dans la limite réglementaire de 1700 €	100% + 300 €/oreille dans la limite réglementaire de 1700 €
Prestation de suivi	60%	40%	100%
Piles et accessoires	60%	40% et dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100% et dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)
BIEN-ÊTRE [9]			
Ostéopathie / Étiopathie / Chiropractie / Acupuncture / Réflexologie	-	30 € / séance limité à 3 séances / an / Bénéficiaire	30 € / séance limité à 3 séances / an / Bénéficiaire
Psychomotricité	-		
PRÉVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Actes de prévention : détartrage annuel complet, bilan du langage… [10]	60% ou 65% ou 70%	40% ou 35% ou 30%	100%
Sevrage tabagique médicamenteux sur prescription médicale	65%	35% + 30 € / mois pendant 3 mois	100% + 30 € /mois pendant 3 mois
Soutien psychologique à distance [11]	-	Entretiens téléphoniques avec une équipe de spécialistes	Entretiens téléphoniques avec une équipe de spécialistes
Frais de séances d'accompagnement psychologique (≥ 3ans) [12]	60%	40% dans la limite de 8 séances/an	100% dans la limite de 8 séances/an
PRESTATIONS ET SERVICES INCLUS			
Téléconsultation 7J/7 - 24H/24 [13]	-	Inclus	Inclus
MNSPF Assistance : Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne… [11]	-	Inclus	Inclus
Prime de naissance ou d'adoption	-	80 €	80 €
Aides sociales [14]	-	Sous conditions	Sous conditions
Espace adhérents : consultation des remboursements en temps réel	-	Inclus	Inclus

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 les autres Complémentaires santé.
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°2019-21 du 11 janvier 2019 qui modifie les règles définies aux articles L. 871-1, 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 R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, hors prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article.
(1) la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant au Dispositif de pratique tarifaire maitrisée (DPTAM) comprenant l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie et Obstétrique) est limitée à 100% (soit 200% Assurance Maladie Obligatoire incluse). Cette prise en charge est différenciée de celle des médecins adhérant au DPTAM par une minoration de vingt (20) points au minimum pour les médecins non adhérant au DPTAM.
(2) Indemnisation au 1er jour, dès trois (3) jours d'hospitalisation, et ce pendant douze (12) jours maximum, par Bénéficiaire et par hospitalisation, sur présentation de factures impérativement éditées par l'établissement (télévision, téléphone, internet…)
(3) 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 douze (12) ans ou d'un adulte de plus de soixante-quinze (75) ans (sans limite d'âge pour les personnes handicapées).
(4) Sur présentation de la facture acquittée de l'hébergement et justificatif de la cure par l'établissement thermal
(5) Tels que définis réglementairement
(6) La prise en charge est limitée à un équipement (composé de deux verres et d'une monture) tous les deux (2) ans pour les adultes et enfants de plus de seize (16) ans. Par dérogation, la période de deux (2) 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 seize (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 six (6) ans, la prise en charge est limitée par période de six (6) mois à un équipement composé de deux (2) 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 (2) 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 :
(6a) - équipement 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 sphérocylindriques 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 sphérocylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

(6b) - équipement avec un verre simple (a) et un verre complexe (c).
(6c) - équipement avec 2 verres complexes.
- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
- équipement à verres unifocaux sphérocylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- équipement à verres unifocaux sphérocylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- équipement à verres unifocaux sphérocylindriques 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-cylindriques 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-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

(6d) - équipement avec un verre simple (a) et un verre très complexe (f).
(6e) - équipement avec un verre complexe (c) et un verre très complexe (f).
(6f) - équipement 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-cylindriques 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-cylindriques 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-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

(7) 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.
Depuis le 1er janvier 2021, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de quatre (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 quatre (4) ans, à raison d'au moins une séance tous les six (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.
(8) Pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction).
(9) 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 ADELI du praticien). La MNSPF se réserve la possibilité de demander tout autre justificatif qu'elle estimerait utile.
(10) Actes de prévention acceptés par le Régime Obligatoire définis par la réglementation en vigueur.
(11) Se référer à la Notice d'information de votre Garantie d'assistance.
(12) Conformément au décret n° 2022-195 février 2022, à partir du 05/04/2022, huit (8) séances d'accompagnement réalisées chez un psychologue sont remboursées par l'Assurance maladie et la MNSPF pour les Bénéficiaires du présent contrat âgés de trois (3) ans et plus. Pour bénéficier de ce dispositif, les psychologues sont tenus notamment de passer une convention avec les caisses d'assurance maladie.
(13) Se référer à la Notice d'information de votre Garantie de Téléconsultation.
(14) Pour en savoir plus, contacter le Service social par téléphone au 05 62 13 20 61 ou par mail à social@mnsp.fr

L'ensemble des postes de remboursement suscitant une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire bénéficie du Tiers Payant.
Sauf mention contraire, les montants indiqués sont des forfaits annuels par Bénéficiaire.