



**60€ Forfait de 60€/an/famille à répartir selon les prestations signalées**

Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF

SOINS COURANTS		Santé 18 Initial <sup>R</sup> LABEL	Santé 18 <sup>R</sup> LABEL	Santé 18 Plus <sup>R</sup> LABEL
Honoraires médicaux	Consultation / téléconsultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent au DPTAM (1)	100%	120%	130%
	Consultation / téléconsultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent au DPTAM (1)	100%	130%	140%
	Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM (1)	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste...	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%
Médicaments	Médicaments remboursés à 65% et 30% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100%	100%
	Médicaments remboursés à 15% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	-	-
	Médicaments en vente libre : automédication identifiée par un code CIP et répertoriée (2)	60€	-	-
	Contraception sur prescription médicale	60€	-	-
	Vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (3)	60€	-	-
Matériel médical	Orthopédie (ex : semelles orthopédiques, bas de contention...)	100%	100% + 76,22€	100% + 80€
	Grand appareillage (ex : fauteuil roulant...)	100%	100% + 76,22€	100% + 80€
	Pansements, accessoires (ex : bandes...)	100%	100% + 76,22€	100% + 80€
	Petit appareillage (ex : béquilles, attelle, aérosol, minerve...)	100%	100% + 76,22€	100% + 80€
Prothèses mammaires et capillaires	Prothèses mammaires acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100%	100%
	Prothèse capillaire acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100% + 125€	100% + 125€
Transport	Frais de transport acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100%	100%
Imagerie / Radiologie	Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent au DPTAM (1)	100%	100%	100%
<b>HOSPITALISATION (Y COMPRIS CENTRE DE RÉÉDUCATION / MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE AGRÉÉE AMO ET ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE)</b>				
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier	100%	100%	100%
Honoraires	Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - DPTAM (1)	100%	100%	100%
	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)	100%	100%	250%
	Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM (1)	100%	100%	100%
Chambre particulière	Chambre particulière y compris en ambulatoire (4)	-	42€/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) (5)	-	26,68€/jour/15 jours	26,68€/jour/15 jours
<b>CURES THERMALES AGRÉÉES ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)</b>				
	Forfait thermal	-	100%	100%
	Honoraires de surveillance médicale	-	100%	100%
	Hébergement (6)	-	76,22€	76,22€
<b>DENTAIRE</b>				
Soins et prothèses relevant du 100% Santé (7)	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)	100%	100%	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)	100%	275%	400%
			Année 1 : Plafond à 600€ Année 2 : Plafond à 700€ Année 3 : Plafond à 800€ Année 4 : Plus de plafond	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)	-	76,22€/prothèse limité à 3 prothèses/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
Orthodontie	Orthodontie acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (pour les enfants de moins de 16 ans)	100%	275%	325%
<b>OPTIQUE (8)</b>				
Équipements relevant du 100% Santé (Classe A) (7)	Monture et verres simples, complexes et très complexes - Classe A (8a à 8f)	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 (8a)	100%	130€ dont 100€ au maximum pour la monture	300€ dont 100€ au maximum pour la monture
	Monture et verres complexes et très complexes - Classe B (8b à 8f)		200€ dont 100€ au maximum pour la monture	

	Santé 18 Initial <sup>R</sup> LABEL	Santé 18 <sup>R</sup> LABEL	Santé 18 Plus <sup>R</sup> LABEL	
<b>Équipements optiques :</b> verres classe A et monture classe B ou verres classe B et monture classe A	Monture A + verres B ou Monture B + verres A (8a à 8f)	100%	Voir Règlement Mutualiste	
<b>Suppléments optiques (pour les verres de Classe A ou Classe B)</b>	Adaptation de la correction visuelle	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
	Appairage 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 iséconiques)	100%	100%	100%
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>	Lentilles acceptées et refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100% + 90€	100% + 150€
	Chirurgie réfractive	-	-	500€/œil

<b>AIDES AUDITIVES (9)</b>				
<b>Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) (7)</b>	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)		
<b>Aides auditives (Classe II) (7)</b>	Prothèses auditives - classe II (> 20 ans)		100% + 450€/oreille (10)	
	Prothèses auditives - classe II (≤ 20 ans) (10)	100%	100% + 250€/oreille	100% + 300€/oreille dans la limite réglementaire de 1700€
	Prestation de suivi	100%	100%	100%
	Piles et accessoires	100% et dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		

## ET EN + PACKS INCLUS DANS VOS GARANTIES

### PACK BIEN-ÊTRE <sup>(11)</sup>

Ostéopathie / Étiopathie / Chiropractie / Acupuncture / Réflexologie  
Psychomotricité  
Podologie / Diététique

#### SANTÉ 18 INITIAL<sup>R</sup>

LABEL

60€

-

60€

#### SANTÉ 18<sup>R</sup>

LABEL

60€ soit 20€/séance  
limité à 3 séances/an

-

#### SANTÉ 18 PLUS<sup>R</sup>

LABEL

90€ soit 30€/séance  
limité à 3 séances/an

-

### PACK PRÉVENTION & ACCOMPAGNEMENT

Suivi psychologique à distance (14) **Nouveau**

Actes de prévention remboursés par l'AMO (définis par la réglementation en vigueur) (12)

Sevrage tabagique médicamenteux sur prescription médicale

Aides sociales (15)

Jusqu'à 10 séances/an/  
bénéficiaire

100%

-

Sous conditions

Jusqu'à 10 séances/an/  
bénéficiaire

100%

100% + 60€ soit  
20€/mois pendant 3 mois

Sous conditions

Jusqu'à 10 séances/an/  
bénéficiaire

100%

100% + 90€ soit  
30€/mois pendant 3 mois

Sous conditions

### PACK PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES ET SERVICES

Téléconsultation 24H/7J (13) **Nouveau**

Espace adhérents : consultation des remboursements en temps réel

MNSPF Assistance : Aide à domicile, garde d'enfants, portage de médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne... (14)

Prime de naissance ou d'adoption

Prestation obsèques

Inclus

Inclus

Inclus

-

-

Inclus

Inclus

Inclus

60,98€

304,90€

Inclus

Inclus

Inclus

80€

304,90€

"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<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°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<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> 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'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-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) Chambre particulière limité à 90 jours/an pour les maisons de repos et de convalescence agréées AMO et établissement psychiatrique. Pas de prise en charge en ambulatoire.

(5) Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement 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).

(6) Sur présentation de la facture acquittée de l'hébergement et justificatif de la cure par l'établissement thermal

(7) Tels que définis réglementairement

(8) 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

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 : 14/16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS. Mutuelle immatriculée sous le N° SIREN 777 927 120 et régie par le livre II du Code de la Mutualité. V.160920.

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 :

(8a) 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 sphéro-cylindriques 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 sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(8b) Équipement avec un verre simple (a) et un verre complexe (c)  
(8c) 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 sphéro-cylindriques 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 sphéro-cylindriques 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 sphéro-cylindriques 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.

(8d) Équipement avec un verre simple (a) et un verre très complexe (f).  
(8e) Équipement avec un verre complexe (c) et un verre très complexe (f).

(8f) 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.

(8f) 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.

(9) 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<sup>er</sup> 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.

(10) Et pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>ème</sup> après correction).

(11) 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 ADELL du praticien). La MNSPF se réserve la possibilité de demander tout autre justificatif qu'elle estimerait utile.

(12) Actes de prévention acceptés par le Régime obligatoire définis par la réglementation en vigueur.

(13) Se référer à la notice d'information de votre garantie. MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112. MédecinDirect vient en soutien à la médecine de terrain, dans le respect du parcours de soins.

(14) Se référer à la notice d'information de votre garantie d'Assistance.





(15) Pour en savoir +, contacter le service social par téléphone au 05 62 13 20 61 ou par mail à [social@mnspf.fr](mailto:social@mnspf.fr)

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



**Garanties majorées en cas d'accident de la circulation (22)**

Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF

SOINS COURANTS		Santé 112 Initial <sup>R</sup>	Santé 112 Plus <sup>R</sup>
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 remboursés à 65%, 30% et 15% par l'AMO	100%	100%
Médicaments	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
	Orthopédie (ex : semelles orthopédiques, bas de contention...)		
Matériel médical	Grand appareillage (ex : fauteuil roulant...)	112% + 50€	100% + 150€
	Pansements, accessoires (ex : bandes...)		
	Petit appareillage (ex : béquilles, attelle, aérosol, minerve...)		
Prothèses mammaires et capillaires	Prothèses mammaires acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100% + 250€
	Prothèse capillaire acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		
Transport	Frais de transport acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	112%	100%
Imagerie / Radiologie	Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent au DPTAM (1)	120%	150%
<b>HOSPITALISATION (Y COMPRIS CENTRE DE RÉÉDUCATION) / MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE AGRÉÉE AMO ET ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE (16)</b>			
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	70€/jour  120€/jour en secteur médecine et chirurgie, limité à 6 mois maximum (5)
	Chambre particulière en ambulatoire	44€/jour	50€/jour
	Aide financière (à partir du 3 <sup>ème</sup> jour d'hospitalisation) (6)	12€/jour limité à 12 jours/hospitalisation	 100€ (10)
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) (9)	-	12€/jour limité à 12 jours/hospitalisation  30€/jour (lit et repas) en milieu hospitalier, limité à 15 jours/accident
<b>CURES THERMALES AGRÉÉES ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)</b>			
	Forfait thermal	-	100%
	Honoraires de surveillance médicale	-	100% + 120€
	Hébergement (11)	-	
<b>DENTAIRE</b>			
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%	200%
		312%	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	Année 1 : Plafond à 1100 € / Année 2 : Plafond à 1300 € / Année 3 : Plafond à 1500 € / 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)	-	
	Implants non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	112€/implant limité à 3 implants/an/bénéficiaire	350€
Orthodontie	Parodontologie non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	
	Orthodontie acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (pour les enfants de moins de 16 ans)	312%	350%
<b>OPTIQUE (13)</b>			
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
	Adaptation de la correction visuelle	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Suppléments optiques (pour les verres de Classe A ou Classe B)	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 iséconiques)	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
<b>AIDES AUDITIVES (14)</b>			
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) (12)	Prothèses auditives - classe II (15)	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	

## ET EN + PACKS INCLUS DANS VOS GARANTIES

### PACK BIEN-ÊTRE <sup>(16)</sup>

Ostéopathie / Étiopathie / Chiropractie / Acupuncture / Réflexologie / Psychomotricité  
Podologie non remboursée  
Pédicure  
Diététique  
Microkinésithérapie

### SANTÉ 112 INITIAL<sup>R</sup>

LABEL

60€ soit 30€/séance  
limité à 2 séances/an

20€/an

-

32€/an

-

### SANTÉ 112 PLUS<sup>R</sup>

LABEL

150€  
soit 30€/séance  
limité à 5 séances/an

### PACK PRÉVENTION & ACCOMPAGNEMENT

Suivi psychologique à distance (20) **Nouveau**

Actes de prévention remboursés par l'AMO (définis par la réglementation en vigueur) (17)

Aides sociales (21)

Jusqu'à 10 séances/an/bénéficiaire

100%

Sous conditions

Jusqu'à 10 séances/an/bénéficiaire

100%

Sous conditions

### PACK PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES ET SERVICES

Panier de soins pour les prestations non remboursées : contraception, amniocentèse, fécondation in vitro, vaccins (3), ostéodensitométrie, homéopathie, sevrage tabagique médicamenteux (18)

Espace adhérents : consultation des remboursements en temps réel

Téléconsultation 24H/7J (19) **Nouveau**

MNSPF Assistance : Aide à domicile, garde d'enfants, portage de médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne... (20)

Prime de naissance ou d'adoption

-

Inclus

Inclus

Inclus

112€

120€/an/bénéficiaire

Inclus

Inclus

Inclus

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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> 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'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-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-accés-direct> (3) Vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire dérivés 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 par 1<sup>er</sup> 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'un véhicule ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur 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 survenant 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'accompagnement 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) 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 sphéro-cylindriques 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 verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. (13b) Équipement avec un verre simple (a) et un verre complexe (c). (13c) 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 verre unifocaux sphéro-cylindriques 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 sphéro-cylindriques 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 sphéro-cylindriques 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. (13d) Équipement avec un verre simple (a) et un verre très complexe (f). (13e) Équipement avec un verre complexe (c) et un verre très complexe (f). (13f) 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. (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<sup>er</sup> 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) Et pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>ème</sup> après correction). (16) 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 ou le numéro RPPS du praticien). La MNSPF se réserve la possibilité de demander tout autre justificatif qu'elle estimera utile. (17) Actes de prévention acceptés par le Régime obligatoire définis par la réglementation en vigueur. (18) Sur prescription médicale (à l'exception de l'homéopathie) et sur présentation de la facture acquittée. (19) Se référer à la notice d'information de votre garantie. MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112. MédecinDirect vient en soutien à la médecine de terrain, dans le respect du parcours de soins. (20) Se référer à la notice d'information de votre garantie d'assistance. L'ensemble des postes de remboursement suscitent une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire bénéficiaire du Tiers-Payant généralisé. Sauf mention contraire, les montants indiqués sont des forfaits annuels par bénéficiaire. (21) Pour en savoir +, contactez le service social par téléphone au 05 62 13 20 61 ou par mail à [social@mnspf.fr](mailto:social@mnspf.fr) (22) 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 survenant 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.