

LES GARANTIES **CMF Santé**

Votre association a sélectionné pour vous la formule « CMF Santé » comme couverture santé. Vous pouvez, à titre individuel, améliorer cette couverture et opter pour une garantie plus adaptée à vos besoins pour vous et l'élargir à la couverture de votre famille.

	CMF Santé	Medium	Premium
HOSPITALISATION (y compris Maternité) (1)			
<i>Secteur Conventiionné</i>			
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents au contrat d'accès aux soins	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour, de salle d'opération	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	4% PMSS par jour	5% PMSS par jour	5% PMSS par jour
<i>Secteur non Conventiionné</i>			
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents au contrat d'accès aux soins	150% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour, de salle d'opération	150% BR	70% FR	70% FR
Chambre particulière	4% PMSS par jour	5% PMSS par jour	5% PMSS par jour
<i>Autres prestations d'hospitalisation</i>			
Maisons de repos et de convalescence	250% BR	90% FR	90% FR
Durée maximale d'indemnisation	30 jours	30 jours	60 jours
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Transport du malade	100% BR	200% BR	200% BR
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	20 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
Hospitalisation à domicile	100% BR	250% BR	300% BR
SOINS COURANTS			
Consultations, visites généralistes conventionnés adhérents au contrat d'accès aux soins	150% BR	200% BR	300% BR
Consultations, visites généralistes conventionnés non adhérents au contrat d'accès aux soins	130% BR	180% BR	200% BR
Consultations, visites spécialistes conventionnés adhérents au contrat d'accès aux soins	200% BR	250% BR	350% BR
Consultations, visites spécialistes conventionnés non adhérents au contrat d'accès aux soins	180% BR	200% BR	200% BR
Consultations, visites généralistes et spécialistes non conventionnés non adhérents au contrat d'accès aux soins	130% BR	180% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux conventionnés, analyses	150% BR	200% BR	200% BR
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins)	150% BR	200% BR	200% BR
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens non adhérents au contrat d'accès aux soins)	130% BR	180% BR	180% BR
Médecines naturelles : ostéopathie, acupuncture, homéopathie, chiropractie, microkinésithérapie (par an et par bénéficiaire)	4% PMSS	6% PMSS	8% PMSS
PHARMACIE			
Médicaments et homéopathies remboursés par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non remboursés par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	50 €	75 €	75 €
Sevrage tabagique (par an et par bénéficiaire)	60 €	80 €	80 €
Vaccins refusés par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	60 €	80 €	80 €
OPTIQUE (2)			
Verres	voir grille	voir grille	voir grille
Montures (1 monture tous les 2 ans (année civile) pour les assurés de 18 ans et plus)	125 €	150 €	150 €
Lentilles de contact / lentilles jetables remboursées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	8% PMSS	10% PMSS	11% PMSS
Lentilles de contact / lentilles jetables non remboursées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	8% PMSS	10% PMSS	11% PMSS
Chirurgie réfractive (par oeil)	8% PMSS	12% PMSS	16% PMSS

GRILLE OPTIQUE	CMF Santé	Medium	Premium
MYOPIE OU HYPERMETROPIE (Verres simple foyer sphériques) En € par verre			
Sphère de -6,00 à +6,00	60 €	80 €	95 €
Sphère de -6,25 à -10,00 ou de +6,25 à +10,00	155 €	220 €	220 €
Sphère hors zone -10.00 + 10.00	155 €	220 €	220 €
ASTIGMATISME (Verres simple foyer sphéro-cylindriques) En € par verre			
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	80 €	95 €	125 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	280 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	280 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	280 €	300 €	300 €
PRESBYTIE (Verres multifocaux ou progressifs sphériques) En € par verre			
Sphère de -4,00 à +4,00	95 €	110 €	140 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	280 €	310 €	310 €
PRESBYTIE ET ASTIGMATISME (Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques) Quelle que soit la puissance du cylindre En € par verre			
Sphère de -8,00 à +8,00	110 €	125 €	170 €
Sphère hors zone de -8,00 à +8,00	350 €	350 €	350 €
DENTAIRE (3)			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire ADC)	200% BR	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires, inlay-cores remboursés par la Sécurité Sociale - Dents visibles	250% BR	300% BR	400% BR
Prothèses dentaires, inlay-cores remboursés par la Sécurité Sociale - Dents invisibles	200% BR	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires, inlay-cores (hors inlay/onlay) non remboursés par la Sécurité Sociale (par acte)	6% PMSS	11% PMSS	15% PMSS
Inlay Onlay remboursés par la Sécurité Sociale	200% BR	250% BR	350% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	200% BR	250% BR	300% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	6% PMSS	10% PMSS	14% PMSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité Sociale	200% BR	250% BR	350% BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	4% PMSS	6% PMSS	8% PMSS
Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) et supports de prothèses remboursés par la Sécurité Sociale	250% BR	300% BR	400% BR
Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) et supports de prothèses non pris en charge par la Sécurité Sociale	8 % PMSS	12% PMSS	18% PMSS
SPECIAL ENFANTS			
Pédiatres adhérents au contrat d'accès aux soins	200% BR	250% BR	300% BR
Pédiatres non adhérents au contrat d'accès aux soins	180% BR	200% BR	200% BR
Orthophonistes, orthoptistes	150% BR	200% BR	200% BR
Consultation diagnostic en diététique (par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)	60 €	75 €	75 €
AUTRES PRESTATIONS			
Appareillage d'orthopédie, appareillage, prothèse auditive	150% BR	250% BR	300% BR
Prothèse capillaire remboursée par la Sécurité Sociale	150% BR	250% BR	300% BR
Cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	10% PMSS	12.50% PMSS	15% PMSS
Allocation naissance - adoption	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS
SERVICES			
Tiers payant étendu	OUI	OUI	OUI
Assistance	OUI	OUI	OUI
ACTES DE PREVENTION (en application de l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité Sociale)			
Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du ticket modérateur.			

COMPLEMENTAIRE SANTE : Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale.

FR = Frais Réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagé par l'assuré.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture tous les 2 ans (année civile) et par bénéficiaire sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où un équipement pourra être remboursé tous les ans.

Les remboursements "frais dentaires", sauf soins et implants, sont limités à 11% du PASS (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale) par exercice civil. En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles.