

Tableau des garanties

(à partir du 1^{er} Janvier 2020)

Votre association a sélectionné pour vous la formule "CMF SANTE" 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 SANTE	MEDIUM	PREMIUM
HOSPITALISATION ⁽¹⁾			
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER ⁽²⁾			
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
HONORAIRES ⁽⁴⁾			
HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (HORS CHIRURGIENS-DENTISTES)			
Facturés par des médecins conventionnés adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Facturés par des médecins conventionnés non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des médecins non conventionnés	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Facturés par des professionnels médicaux non médecins (sages-femmes)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
AUTRES HONORAIRES			
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Autres honoraires facturés en sus des frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Forfait sur actes dits "lourds"	100 % FR	100 % FR	100 % FR
FRAIS DE SEJOUR			
Frais de séjour en secteur conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour en secteur non conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
AUTRES FRAIS			
Hospitalisation à domicile	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné (par jour) ⁽⁶⁾	Néant	1,5 % PMSS	4 % PMSS
Chambre particulière en secteur non conventionné (par jour) ⁽⁶⁾	Néant	1,5 % PMSS	4 % PMSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, par jour)	Néant	20 €	20 €
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation (hors chambre particulière)	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS
Transport médical hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
CONSULTATIONS ET VISITES MEDICALES PAR MEDECINS GENERALISTES			
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS
CONSULTATIONS ET VISITES MEDICALES PAR MEDECINS SPECIALISTES			
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS
CONSULTATIONS ET VISITES MEDICALES PAR PROFESSIONNELS MEDICAUX NON MEDECINS			
Réalisées par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Réalisées par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties "SOINS DENTAIRE"		
ACTES DE SPECIALITES (K), ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM)			
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties "SOINS DENTAIRE"		
ACTES D'IMAGERIE (ADI), ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE)			
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties "SOINS DENTAIRE"		
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux conventionnés, remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité Sociale (y compris actes de prélèvements)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
MEDICAMENTS			
Médicaments, vaccins, homéopathie, substituts nicotiniques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Pilules contraceptives, traitements oestroprogestatifs, implants, contraceptifs non remboursés par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale)	Néant	Néant	50 €
Forfait substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité Sociale	Néant	Néant	60 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	30 €	60 €
MATERIEL MEDICAL			
Prothèse orthopédique, capillaire, petit et grand appareillage, autre dispositif médical remboursés par la Sécurité Sociale non mentionné par ailleurs dans le tableau des garanties ⁽⁷⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
AUTRES SOINS COURANTS			
Frais de transport non hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait sur actes dits "lourds"	100 % FR	100 % FR	100 % FR

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
OPTIQUE ⁽⁸⁾			
EQUIPEMENT 100 % SANTE ⁽⁹⁾			
Monture de Classe A (Adulte et Enfant)	Frais intégralement remboursés		
Verre de Classe A (Adulte et Enfant)	Frais intégralement remboursés		
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B			
Monture de Classe B (Adulte et Enfant)	50 €	95 €	100 €
Verre de Classe B (Adulte et Enfant)	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique
LENTILLES DE CONTACT			
Lentilles de contact, y compris, jetables, remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS	4 % PMSS	8 % PMSS
Lentilles de contact, y compris, jetables, non remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	4 % PMSS	8 % PMSS
AUTRES FRAIS			
Chirurgie réfractive (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS / œil dans la limite de 16 % PMSS

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
DENTAIRE ⁽¹⁰⁾			
SOINS ⁽¹¹⁾			
Soins dentaires (y compris consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire et parodontologie prises en charge par la Sécurité Sociale, actes techniques médicaux)	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS
Inlay-Onlay du panier "Tarifs maîtrisés"	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Inlay-Onlay du panier "Tarifs libres"	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
SOINS ET PROTHESES PANIER 100 % SANTE ⁽⁹⁾			
Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés		
Couronne dentaire transitoire	Frais intégralement remboursés		
Inlay-Core	Frais intégralement remboursés		
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	Jusqu'au 31/12/2020 : 125 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 130 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250 % BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés		
Acte de réparation ou supplément de prothèse	Jusqu'au 31/12/2020 : 125 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 130 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250 % BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés		
PROTHESES ⁽¹²⁾			
PANIER AUX "TARIFS MAITRISES"			
Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
PANIER AUX "TARIFS LIBRES"			
Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS
Implantologie	125 % BRSS	130 % BRSS	250 % BRSS
ORTHODONTIE REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE			
Orthodontie	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
SOINS ET EQUIPEMENTS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE			
Prothèse dentaire et Inlay-Core (par acte)	Néant	Néant	6 % PMSS
Parodontologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	4 % PMSS
Implantologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS
Orthodontie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	6 % PMSS

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
AIDES AUDITIVES ⁽¹³⁾			
EQUIPEMENT 100 % SANTE ⁽⁹⁾			
Aide auditive de Classe I (Adulte et Enfant)	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 150 % BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés		
AIDE AUDITIVE DE CLASSE II			
Aide auditive de Classe II (Adulte et Enfant)	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 150 % BRSS
	A partir du 01/01/2021 : 100 % BRSS dans la limite de 1700 €	A partir du 01/01/2021 : 100 % BRSS dans la limite de 1700 €	A partir du 01/01/2021 : 150 % BRSS dans la limite de 1700 €
Allocation relative aux piles	Voir garanties "Aide auditive de Classe II"		
Accessoires	Voir garanties "Aide auditive de Classe II"		

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES			
Séance d'ostéopathie, acupuncture, chiropractie, microkinésithérapie, étiothérapie, phytothérapie, mésothérapie, sophrologie non remboursée par la Sécurité Sociale, consultation de diététicien, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe, naturopathe non remboursé par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	2 % PMSS	4 % PMSS

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
AUTRES PRESTATIONS			
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE			
Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS
ALLOCATION			
Allocation naissance - adoption (doublée en cas de naissance gémellaire)	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS

SERVICES			
Tiens payant étendu			
Téléconsultation médicale			
Protection juridique médicale			
Assistance			

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
SPECIAL ENFANTS			
Pédiatres adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS
Pédiatres non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS
Orthophonistes, orthoptistes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS
Consultation diagnostic en diététique (limite par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)	Néant	Néant	60 €

	CMF SANTE	MEDIUM	PREMIUM
NOUVELLE GRILLE OPTIQUE			
MYOPIE OU HYPERMETROPIE (VERRE SIMPLE FOYER SPHERIQUE)			
EN EUROS PAR VERRE			
Sphère de -6,00 à +6,00	25 €	45 €	60 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	75 €	95 €	155 €
ASTIGMATISME (VERRE SIMPLE FOYER SPHERO-CYLINDRIQUE)			
EN EUROS PAR VERRE			
SPHERE < 0 (cas de myopie)			
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à 0	25 €	60 €	80 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -6,00			
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à 0	75 €	125 €	280 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -6,00			
SPHERE > 0 (cas d'hypermétropie)			
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +6,00 ^(*)	25 €	60 €	80 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +6,00 ^(*)	75 €	125 €	280 €
PRESBYTIE (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES)			
EN EUROS PAR VERRE			
Sphère de -4,00 à +4,00	75 €	80 €	95 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	75 €	185 €	280 €
PRESBYTIE ET ASTIGMATISME (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES) QUELLE QUE SOIT LA PUISSANCE DU CYLINDRE			
EN EUROS PAR VERRE			
SPHERE < 0 (cas de myopie)			
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -8,00 à 0	75 €	80 €	110 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -8,00 à 0	75 €	250 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €
SPHERE > 0 (cas d'hypermétropie)			
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +8,00	75 €	80 €	110 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +8,00	75 €	250 €	350 €

(*) La correction optique correspond à la correction optique maximale en valeur absolue, à savoir :

- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphériques
 - la valeur absolue de la sphère pour les verres sphéro-cylindriques de sphère négative (correcteur de myopie)
 - la somme S = sphère + cylindre pour les verres sphéro-cylindriques de sphère positive (correcteur d'hypermétropie)
- Niveau 1 =]0;2], Niveau 2 =]2;4], Niveau 3 =]4;6], Niveau 4 =]6;8], Niveau 5 =]8;12], Niveau 6 = ≥ 12

Complémentaire santé :

Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.

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.

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et intègrent le remboursement du régime obligatoire. Elles sont accordées dans la limite des frais réels. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale.

Les montants exprimés en euros représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.

Toutes les prestations exprimées "par an" s'entendent par année d'adhésion.

Les prestations exprimées en % FR sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement éventuel du Régime Obligatoire.

La participation de l'Assuré (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement (y compris pour les frais de cure thermale lorsqu'ils sont pris en charge dans le tableau de remboursement ci-dessus).

- BRSS = 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

⁽¹⁾ Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité Sociale sont compris dans la garantie. En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux Frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels.

⁽²⁾ Les prestations du poste HOSPITALISATION s'appliquent également en cas de Maternité.

⁽³⁾ Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

⁽⁴⁾ Médecins adhérant aux dispositifs de pratiques tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2. Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

⁽⁵⁾ Médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

⁽⁶⁾ En cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) : prise en charge de la chambre particulière et des frais de séjours dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.

⁽⁷⁾ Appareil assistance respiratoire, appareil générateur d'aérosol, appareillage ventilation pression positive continue, dispositif médical, implant inerte, implant mu par électricité, matériel et appareil de contention, matériel et appareil de traitement DIV, prothèses extérieures non orthopédiques, prothèses internes et accessoires, prothèses oculaires, véhicule pour handicapés physiques,...

⁽⁸⁾ Le remboursement des frais d'optique est limité à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par bénéficiaire et par période de 2 ans. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Dans cette dernière hypothèse, une ordonnance sera exigée.

⁽⁹⁾ Tels que définis réglementairement. Le montant des remboursements des soins et équipements 100 % Santé s'applique dans la limite du prix limite de vente sur l'optique et les aides auditives et dans la limite des honoraires limite de facturation pour le dentaire, en vigueur à la date des soins.

⁽¹⁰⁾ Les remboursements "dentaires", sauf soins et implants, sont limités à 11 % du PASS par exercice civil. Cumul ne comprenant pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du panier 1 (100 % Santé). Une fois ce plafond atteint, la prise en charge des soins et des équipements prothétiques des paniers 2 et 3 (hors 100 % Santé) remboursés par la Sécurité Sociale est de 125 % BRSS. En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles, le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles, les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.

⁽¹¹⁾ Si soins réalisés par un stomatologue, voir garanties "Actes de spécialités" dans les Soins Courants.

⁽¹²⁾ Equipements remboursés par la Sécurité Sociale, n'appartenant pas à la catégorie 100 % Santé. Le montant des remboursements du panier "Tarifs maîtrisés" s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins.

⁽¹³⁾ Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de 4 ans.