

GARANTIES
CONFORMES AU
NOUVEAU CONTRAT
RESPONSABLE




Garanties Santé Néo Entreprises 2018

Néo Entreprises est la première gamme ANI conforme au nouveau contrat responsable qui propose une telle liberté de choix. Vous composez une garantie frais médicaux sur mesure pour vos salariés grâce à 4 modules de soins distincts : soins courants, hospitalisation, dentaire et optique, chacun disponible en 6 niveaux de garanties

→ Innovations & modularité !





Un excellent
moyen pour
fidéliser
mes salariés

Parlons innovations

La CNM a choisi de mettre l'accent sur des prestations généralement peu ou mal prises en charge dans les contrats groupe classiques... par exemple :

En médecine de ville

- Pharmacie prescrite non remboursée et automédication.
- Médecines alternatives et complémentaires
- Dépenses liées à la maternité et à la parentalité : FIV, traitements contre la stérilité, consultations psychologue infantile ou psychomotricien ...
- Actes de prévention y compris par exemple préservatifs et dispositifs de sevrage tabagique...
- Incitation à la pratique sportive : remboursement de la visite annuelle du sport et participation financière à l'adhésion à un club sportif

En optique

- Remboursement en fonction du type de correction
- Forfait sur 24 mois afin de maîtriser la dépense
- Prise en charge renforcée des lentilles et des chirurgies correctrices

En dentaire

- Remboursement spécifique pour les inlay-onlay
- Remboursement renforcé des prothèses sur dents visibles
- Prise en charge élevée des implants, de l'orthodontie non remboursée et des dépenses de parodontologie

En hospitalisation

- Remboursement renforcé des médecins signataires de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).
- Dépassement d'honoraires et frais de séjour en secteur non conventionné
- Chambre particulière y compris en secteur non conventionné
- Participation aux frais d'accompagnement à l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.

Parlons modularité

Néo Entreprises est la première gamme ANI conforme au nouveau contrat responsable qui propose une telle liberté de choix. Vous composez une garantie frais médicaux sur mesure pour vos salariés grâce à :

4 modules de soins distincts

- > Soins courants
- > Hospitalisation
- > Dentaire
- > Optique



Chacun disponible en 6 niveaux de garanties

> Soins courants

Exemple : Consultations,
visites médecins signataires
contrat d'accès aux soins



Que vous composez à votre guise pour bâtir :

- le contrat collectif obligatoire de votre entreprise
- un renfort facultatif pour améliorer la couverture des salariés qui le souhaitent





Comment construire votre contrat collectif obligatoire ?



Vous devez choisir un niveau de garantie pour chaque module

Soins courants	1	2	3	4	5	6
Hospitalisation	1	2	3	4	5	6
Dentaire	1	2	3	4	5	6
Optique	1	2	3	4	5	6

Rejoindre la CNM, c'est choisir une équipe entièrement tournée vers votre satisfaction.

Le niveau 6 des modules Soins Courants et Hospitalisation sort des limites du contrat responsable. Il ne peut donc être souscrit dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Il pourra par contre être souscrit en renfort facultatif.

La combinaison 1111 correspond à vos obligations minimales de couverture dites « panier ANI ». C'est la couverture la moins chère. CNM Prévoyance Santé propose un excellent rapport Prestations / Cotisations.

Quelques exemples de combinaisons
 parmi les centaines possibles !

La seule contrainte est de respecter un écart maximum de 3 niveaux entre les différents modules



Écart maximum de 3 niveaux entre les différents modules



Bon à savoir :

Vous devez en qualité d'employeur financer 50% minimum du coût de la cotisation de votre contrat collectif obligatoire.

> Aucun niveau de modulation

Soins courants	①	②	③	④	⑤	⑥
Hospitalisation	①	②	③	④	⑤	⑥
Dentaire	①	②	③	④	⑤	⑥
Optique	①	②	③	④	⑤	⑥

> 1 niveau de modulation

Soins courants	①	②	③	④	⑤	⑥
Hospitalisation	①	②	③	④	⑤	⑥
Dentaire	①	②	③	④	⑤	⑥
Optique	①	②	③	④	⑤	⑥

> 2 niveaux de modulation

Soins courants	①	②	③	④	⑤	⑥
Hospitalisation	①	②	③	④	⑤	⑥
Dentaire	①	②	③	④	⑤	⑥
Optique	①	②	③	④	⑤	⑥

> 3 niveaux de modulation

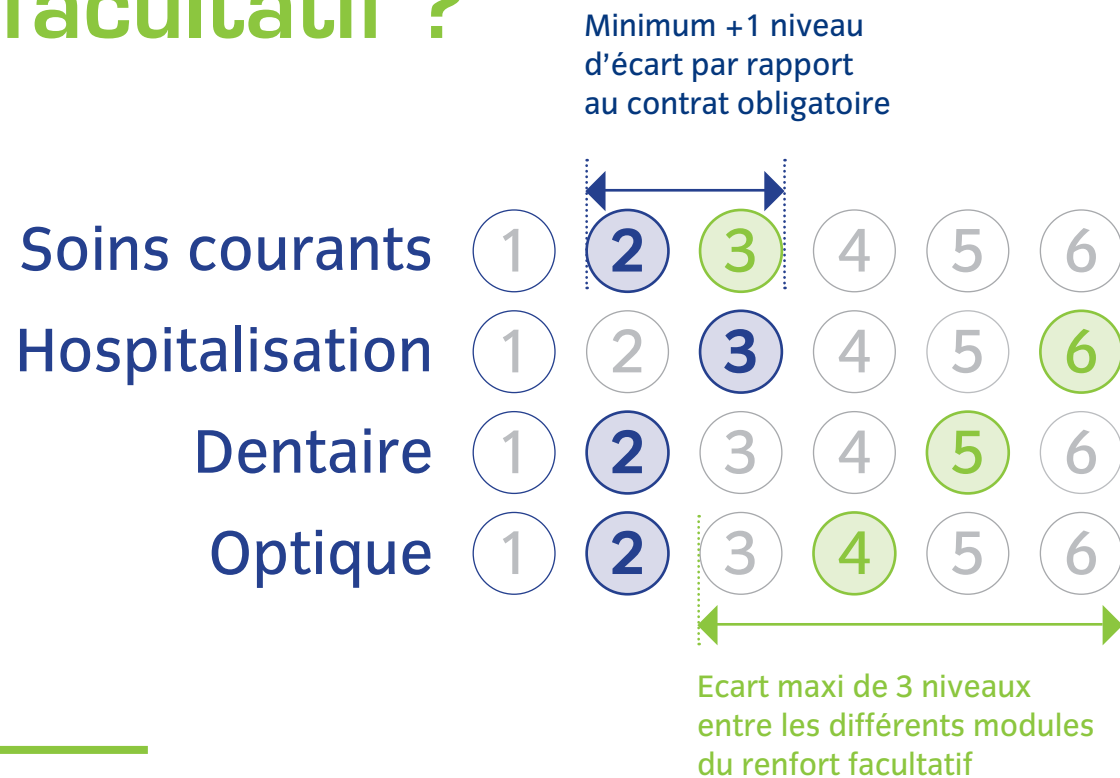
Soins courants	①	②	③	④	⑤	⑥
Hospitalisation	①	②	③	④	⑤	⑥
Dentaire	①	②	③	④	⑤	⑥
Optique	①	②	③	④	⑤	⑥

> Couverture maximum

Soins courants	①	②	③	④	⑤	⑥
Hospitalisation	①	②	③	④	⑤	⑥
Dentaire	①	②	③	④	⑤	⑥
Optique	①	②	③	④	⑤	⑥



Comment construire votre contrat renfort facultatif ?



Vous devez choisir au préalable le contrat collectif obligatoire souhaité.

Pour chaque module, le renfort facultatif doit être au minimum 1 niveau supérieur au contrat obligatoire.

Le renfort facultatif doit lui aussi respecter une contrainte de 3 niveaux maximum de modulation.

Bon à savoir :

- En tant qu'employeur, vous définissez le niveau de ce renfort facultatif et le proposez à vos salariés.
- Les salariés qui souhaitent y adhérer le font simultanément à leur adhésion au contrat obligatoire.
- Le coût de ce renfort facultatif est intégralement financé par les salariés et prélevé directement par la mutuelle sur leur compte bancaire.

> Soins courants 1/2

	1	2	3	4	5	6*
Consultations, visites généralistes et spécialistes						
Médecins signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	350% BR	500% BR
Généralistes non signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR	350% BR
Spécialistes non signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR	500% BR
Secteur non conventionné	100% TA	125% TA	175% TA	200% TA	200% TA	125% TA +60€ / acte
Actes de chirurgie et de spécialité réalisés en cabinet						
Signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	150% BR	175% BR	225% BR	350% BR	450% BR
Non signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	200% BR	400% BR
Radiologie, échographie, imagerie						
Signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	150% BR	175% BR	225% BR	350% BR	450% BR
Non signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	200% BR	400% BR
Prélèvements, analyses biologiques médicales et examens de laboratoire						
	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
Auxiliaires médicaux						
	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
Pharmacie						
Médicaments remboursés à 65 %, 35% ou 15% par RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Automédication et Pharmacie prescrite non remboursée (ex : vaccins non remboursés)	-	50€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ / an	250€ / an
Médecines Alternatives et Complémentaires non prises en charge par le RO						
Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropraxie, phytothérapie, étioopathie, naturopathie, homéopathie, pédicure et diététique. Plafond annuel Limité à 60€/séance	25€ / an	50€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ / an	250€ / an

Les garanties présentées intègrent le remboursement du Régime Obligatoire

L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO), remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Ces options, décidées par l'Assurance maladie sont destinées à limiter les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. Elles contraignent les mutuelles à limiter le remboursement des honoraires des médecins non signataires au maximum à 200% de la base de remboursement et à créer une différence dans les taux de remboursement des médecins signataires et non signataires d'au moins 20%.

> Soins courants 2/2

	1	2	3	4	5	6*
Incitation à la pratique sportive						
Visite annuelle du sport	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an	30€ / an
Participation à l'adhésion à un club sportif	30€ / an	50€ / an	70€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ / an
Accompagnement maternité et parentalité						
Traitement stérilité, FIV, test de grossesse, Psychologue infantile et psychomotricien, Consultations psychologue aide à la parentalité / guidance parentale Remb maxi : 25€ / séance pour les consultations	-	50€ / an	70€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ / an
Prévention						
Actes de prévention**	100% BR + 150€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 150€ / an
Vaccins internationaux, contraceptifs non remboursables, dispositif de sevrage tabagique	30€ / an	50€ / an	70€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ / an
Petits appareillages et autres dispositifs médicaux	100% BR	100% BR + 50€ / an	100% BR + 70€ / an	100% BR + 100€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 200€ / an
Grands appareillages	100% BR	100% BR + 200€ / an	100% BR + 300€ / an	100% BR + 400€ / an	100% BR + 500€ / an	100% BR + 600€ / an
Prothèses auditives acceptées	100% BR	100% BR + 250€	100% BR + 350€	100% BR + 450€	100% BR + 550€	100% BR + 650€
Limitées à 2 par an						
Cures thermales prises en charge par le RO	100% BR + 200€ / an	100% BR + 250€ / an	100% BR + 300€ / an	100% BR + 350€ / an	100% BR + 400€ / an	100% BR + 450€ / an

* Le niveau 6 du module Soins Courants sort des limites du contrat responsable. Il ne peut donc être souscrit dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Sur ce module niveau 6, un délai de carence de 3 mois sera appliqué pour les contrats facultatifs en cas d'adhésion non simultanée au contrat obligatoire.

** Exemples : bilan langage oral ou écrit enfant moins de 14 ans, scellement sillon enfant de moins de 14 ans, vaccinations, détartrage annuel, dépistage Hépatite B, audiométrie personne de plus de 50 ans, ostéodensitométrie femme de plus de 50 ans.

Les garanties
présentées intègrent
le remboursement
du Régime
Obligatoire

> Hospitalisation

	1	2	3	4	5	6*
Honoraires en secteur conventionné						
Signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	350% BR	500% BR
Non signataires OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR	500% BR
Frais de séjour en secteur conventionné	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Hospitalisation en secteur non conventionné						
Honoraires et frais de séjour	100% TA	125% TA	175% TA	200% TA	200% TA	400€ / an
Forfait journalier en hospitalisation médicale ou chirurgicale y compris psychiatrique	Frais Réels illimité	Frais Réels illimité	Frais Réels illimité	Frais Réels illimité	Frais Réels illimité	Frais Réels illimité
Chambre particulière						
Secteur conventionné (limitée à 60 jours par an)	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	90€ / jour	120€ / jour
Secteur non conventionné (limitée à 60 jours par an)	-	-	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour
Frais accompagnant si enfant hospitalisé de moins de 16 ans Limités à 15 jours par an	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	80€ / jour	100€ / jour
Franchise sur actes techniques médicaux lourds (coefficient ≥ 50 ou tarif de convention ≥ 120 €)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Transport accepté par le RO (hors cure thermale)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Allocation naissance ou adoption** Doublée en cas de naissances ou adoptions multiples	-	100€	200€	300€	400€	500€
Assistance sortie d'hospitalisation et vie quotidienne	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

* Le niveau 6 du module Hospitalisation sort des limites du contrat responsable. Il ne peut donc être souscrit dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Sur ce module niveau 6, un délai de carence de 3 mois sera appliqué pour les contrats facultatifs en cas d'adhésion non simultanée au contrat obligatoire

** Versée uniquement en cas d'adhésion de l'enfant dans les 60 jours suivants sa naissance / son adoption.

Les garanties
présentées intègrent
le remboursement
du Régime
Obligatoire

> Dentaire

	1	2	3	4	5	6
Soins dentaires et implants remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay-onlay	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Dents visibles	125% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR
	Dents invisibles	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses nomenclaturées non remboursées et parodontologie	-	150€ / an	300€ / an	400€ / an	500€ / an	600€ / an
Orthodontie acceptée (enfant ou adulte)	125% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Orthodontie non remboursée	-	400€ / an	500€ / an	600€ / an	800€ / an	1000€ / an
Implants non remboursés Par implant. Maximum 3 implants par an	-	100€	200€	300€	400€	500€
Plafond annuel dentaire (hors ticket modérateur)*	-	1000€	1500€	2000€	2500€	3000€

* Une fois le plafond atteint, seules les prestations prévues au niveau 1 continuent à être versées

Pour bien comprendre ces tableaux :

RO = Régime Obligatoire
 OPTAM = Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO = Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée
 en Chirurgie et Obstétrique
 BR = Base de Remboursement
 TA = Tarifs d'Autorité
**Pour en savoir plus, consultez notre
 glossaire sur www.cnmsante.fr**

Les garanties
présentées intègrent
le remboursement
du Régime
Obligatoire

→ Pour un devis immédiat : entreprises-cnmsante.fr

> Optique

		1	2	3	4	5	6
Équipement complet d'optique médicale							
Verres simples ⁽²⁾	Forfait par bénéficiaire ⁽¹⁾ dont monture maximum	100€ (100€)	150€ (150€)	200€ (150€)	300€ (150€)	400€ (150€)	470€ (150€)
Verres complexes ⁽³⁾	Forfait par bénéficiaire ⁽¹⁾ dont monture maximum	200€ (100€)	300€ (150€)	400€ (150€)	500€ (150€)	600€ (150€)	750€ (150€)
Verres très complexes ⁽⁴⁾	Forfait par bénéficiaire ⁽¹⁾ dont monture maximum	200€ (100€)	300€ (150€)	400€ (150€)	550€ (150€)	700€ (150€)	850€ (150€)
Lentilles acceptées		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
+ Forfait lentilles acceptées ou refusées		+100€ / an	+125€ / an	+150€ / an	+200€ / an	+250€ / an	+300€ / an
Chirurgie correctrice non prise en charge par le RO Par an		400€	600€	800€	1 000€	1 200€	1 400€

Un équipement comprend une monture et 2 verres. Pour les équipements mixtes comprenant des verres de catégories différentes, le remboursement est établi sur la base de la formule suivante :

(remboursement verre de type A + remboursement verre de type B) / 2

Exemple : En niveau 1, un équipement doté d'un verre simple et d'un verre complexe sera remboursé :

(remboursement verres simples 100€ + remboursement verres complexes 200 €) divisé par 2 = 150€

(1) Le forfait inclut le ticket modérateur. Il est annuel pour les mineurs et par période de 24 mois pour les majeurs sauf changement de la vision :

forfait annuel dans ce cas. La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale

(2) Verres simples = Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est ≤ +4,00

(3) Verres complexes = Verres à simple foyer dont la sphère est en dehors de la zone entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est > +4,00 ou verres multifocaux ou progressifs

(4) Verres très complexes = Verres multifocaux ou progressifs sphérocyllindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

Les garanties
présentées intègrent
le remboursement
du Régime
Obligatoire

Pour obtenir un conseil,
une information plus détaillée
ou demander la visite
de l'un de nos Conseillers

→ 01 53 36 92 52

Vous pouvez également nous contacter
par mail : entreprises@cnmsante.fr
par fax : 01 44 62 86 74



La CNM, c'est 95% d'adhérents satisfaits !

POUR NOUS
CONTACTER

Par courrier : CNM Prévoyance Santé 93A, rue Oberkampf 75553 PARIS Cedex 11
Tél. : 01 53 36 92 52 • Fax : 01 44 62 86 74 • Mail : entreprises@cnmsante.fr Site : cnmsante.fr

