Gamme PMI

→ GARANTIES 2024

La complémentaire santé pour les bénéficaires des articles L.212-1 ou L.213-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)

100% SANTÉ
Des soins pour tous, 100% pris en charge

LORSQU'ON A ÉTÉ BLESSÉ,
ON SAIT CE QUE VEUT DIRE BIEN COUVERT

CNM prévoyance santé

Les avantages des garanties PMI

- Une présence active de la mutuelle auprès de tous les militaires, anciens combattants, victimes d'attentat de terrorisme et victimes civiles de guerre bénéficiaires des articles L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG.
- Le remboursement de toutes les dépenses de santé qui ne sont pas prises en charge au titre du droit à réparation de l'invalidité et des éventuels restes à charge dans le cadre de soins liés au droit à réparation.
- Un remboursement de 16 médecines alternatives et complémentaires, des consultations diététiques et des soins de pédicure.
- Un forfait optique très conséquent sur 24 mois, parce qu'il est rare de changer ses lunettes tous les ans.
- Une approche de l'hospitalisation privilégiant le confort (chambre particulière) et la prise en charge des dépassements d'honoraires.
- En dentaire, un forfait élevé pour couvrir les nombreuses dépenses de santé non remboursées par le régime obligatoire.
- Une aide financière à la pratique d'une activité sportive ou d'une activité physique adaptée à sa pathologie.
- Une attention importante portée à la prévention avec de nombreuses prises en charge.
- La prise en charge des dépassements d'honoraires de l'immense majorité des généralistes et spécialistes.
- Le plus solidaire : une tarification très basse pour les adhérents de moins de 50 ans et les enfants victimes d'acte de terrorisme ou de guerre.

CE QUE DIT L'ARTICLE L.212-1 (EXTRAIT)

Les invalides pensionnés au titre du présent code ont droit aux prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement l'ensemble des séquelles résultant de la blessure ou de la maladie pensionnée.

CE QUE DIT L'ARTICLE L.213-1 (EXTRAIT)

Les invalides pensionnés au titre du présent code ont droit aux appareils, produits et prestations nécessités par les infirmités qui ont motivé leur pension. Les appareils sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat dans les conditions prévues par le présent code, tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

LE CONSEIL DE LA CNM :

La prise en charge des soins, produits et appareillages pour les bénéficiaires des articles L.212-1 et L.213-1 concerne, au titre du « droit à réparation », uniquement les dépenses liées à la blessure ou à la maladie qui a justifié l'attribution de la pension d'invalidité.

Même dans ce cas, le pensionné peut se trouver face à des restes à charge, la dépense facturée pouvant dépasser, dans certains cas, la base de remboursement prévue.

Et pour toutes les dépenses de santé non imputables au droit à réparation, le pensionné, comme tout assuré, peut se trouver confronté à d'importantes sommes restant à sa charge.

La souscription d'une complémentaire santé s'avère donc indispensable.

100% SANTÉ

Nos garanties PMI vous permettent de bénéficier de la réforme du 100% santé.

Grâce au 100% Santé, vous pouvez avoir accès à une sélection de lunettes, prothèses dentaires, aides auditives dont l'intégralité du coût vous sera remboursé par la Sécurité sociale et la CNM Prévoyance Santé.

Pour vous aider à les repérer, les garanties concernées sont marquées du symbole

100% SANTÉ

dans nos tableaux de prestations et exemples de remboursement.

Retrouvez tous les détails de cette réforme sur www.cnmsante.fr

Garanties 2024

REMBOURSEMENTS RÉGIME OBLIGATOIRE + CNM		F1	F2	F3*
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO[1]	125% BR	225% BR	300% BR
	Autres médecins conventionnés	100% BR	175% BR	200% BR
	Médecins non conventionnés[2]	100% TA	100% TA	100% TA
Médecines Alternatives et Complémentaires Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropraxie, sophrologie, hypnothérapie, phytothérapie, naturopathie, étiopathie, homéopathie, psychomotricité, mésothérapie, diététique et pédicure	Remboursement limité à 60€ par séance	150€ / an	250€ / an	300€ / an
Psychologues partenaires dispositif MonPsy	8 séances max par an	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux[1 2]		100% BR	200% BR	300% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	200% BR	300% BR
Actes d'imagerie médicale, échographie et doppler	Adhérents OPTAM ou OPTAM CO[1]	125% BR	200% BR	300% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM CO[1]	100% BR	175% BR	200% BR
Actes de chirurgie réalisés en cabinet (hors hospitalisation et chirurgie ambulatoire)	Adhérents OPTAM ou OPTAM CO[1]	125% BR	200% BR	300% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM CO[1]	100% BR	175% BR	200% BR
Actes techniques médicaux y compris franchise	Adhérents OPTAM ou OPTAM CO[1]	125% BR	200% BR	300% BR
	Non adhérents OPTAM ou OPTAM CO[1]	100% BR	175% BR	200% BR
MEDICAMENTS				
Médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire		100% BR	100% BR	100% BR
Automédication et pharmacie prescrite non remboursée dont homéopathie		60€ / an	80€ / an	120€ / an
PREVENTION				
Actes de Prévention pris en charge par le RO	Forfait annuel	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de Prévention non pris en charge par le RO : vaccins, contraceptifs, sevrage tabagique, autotests CoVid-19, diabète, cholestérol, maladie de lyme, MST et VIH ostéodensitométrie, protections périodiques réutilisables pour les + de 25 ans	Forfait annuel	170€ / an	170€ / an	170€ / an
Examens et actes hors nomenclature analyses, prélèvements et radios non remboursés (hors scanner pré implantaire)	Forfait annuel	60€ / an	80€ / an	120€ / an
Visite annuelle du sport non remboursée par le RO	Forfait annuel	30€ / an	30€ / an	30€ / an
Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances de sport adapté	Forfait annuel	30€ / an	50€ / an	80€ / an

REMBOURSEMENTS RÉGIME OBLIGATOIRE + CNM

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE		F1	F2	F3*
Honoraires généralistes et spécialistes	Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO[1]	125% BR	200% BR	250% BR
	Autres médecins conventionnés ou non conventionnés[2]	100% BR	125% BR	200% BR
Chambre particulière en établissements conventionnés ou agréés maxi par an	Hospitalisation ambulatoire	30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour
	Hospitalisation chirurgicale ou médicale	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
	Hospitalisation ambulatoire limitée à	10 jours / an	10 jours / an	10 jours / an
	Autre hospitalisation limitée à	120 jours / an	120 jours / an	120 jours / an
	Dont en psychiatrie, limité à	30 jours / an	30 jours /an	30 jours /an
Transport + participation transport non remboursé lié à une hospitalisation		100% BR 20€ / an	100% BR 20€ / an	100% BR 20€ / an
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé		Frais réels[3]	Frais réels[3]	Frais réels[3]
Autres soins dentaires et implants remboursés par le Régime Obligatoire		100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses autres que 100% santé acceptées par le RO	Dents visibles	250% BR	330% BR	400% BR
	Dents invisibles et inlay onlay	200% BR	250% BR	300% BR
Implants et prothèses nomenclaturés, non remboursés par le RO	Forfait annuel	350€ / an	400€ / an	500€ / an
Maladie parodontale et endodontie		100€ / an	100€ / an	100€ / an
Orthodontie non remboursée limité à 4 semestres		150€ / an	200€ / an	250€ / an
Plafond annuel dentaire Par bénéficiaire. Au-delà du plafond, seul le ticket modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% santé sont remboursés		900€ / an	1 300€ / an	1 700€ / an
OPTIQUE				
Equipements d'optique médicale 100% santé (monture + verres)[4] Y compris prestations et suppléments associés		Frais réels[3]	Frais réels[3]	Frais réels[3]
Equipements d'optique médicale autres que 100% santé (monture + verres)[4][5]				
Verres simples [6]	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	300€ (100€)	420€ (100€)	420€ (100€)
Verres complexes [6]	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	500€ (100€)	700€ (100€)	700€ (100€)
Verres très complexes [6]	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	550€ (100€)	800€ (100€)	800€ (100€)
Prestations et suppléments associés		100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles et implants intra-oculaires acceptés Forfait lentilles et implants acceptés ou refusés		100% BR +100€ / an	100% BR +200€ / an	100% BR +250€ / an
Chirurgie correctrice non prise en charge par le RO [7]	Par œil	150€ / an	200€ / an	300€ / an
Dispositif d'aide médicale optique Loupes, téléagrandisseurs, lunettes et lampes basse vision...		20€ / an	20€ / an	20€ / an
Traitement DMLA	Prévention ou traitement de la DMLA	30€ / an	30€ / an	30€ / an

GARANTIES CONFORMES AU NOUVEAU CONTRAT RESPONSABLE

“Je peux compter sur elle en toutes circonstances”

Pour comprendre nos garanties :

- R0 = 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 : www.cnmsante.fr

REMBOURSEMENTS RÉGIME OBLIGATOIRE + CNM

AIDES AUDITIVES		F1	F2	F3*
Equipements 100% Santé[8]		Frais Réels[3]	Frais Réels[3]	Frais Réels[3]
Aides auditives acceptées autres que 100% Santé[8] Incluant le remboursement du RO	Bénéficiaires au-delà de leur 20e anniversaire	550€ / appareil	700€ / appareil	850€ / appareil
	Bénéficiaires jusqu'à leur 20e anniversaire	1 550€ / appareil	1 700€ / appareil	1 700€ / appareil
Accessoires (piles...)		100% BR 20€ / an	100% BR 20€ / an	100% BR 20€ / an
MATERIEL MEDICAL				
Petits appareillages pris en charge par le RO Matériels pris en charge et certains matériels non pris en charge[11]		100% BR	100% BR	100% BR
	Forfait complémentaire annuel	100€ / an	150€ / an	200€ / an
Grands appareillages pris en charge par le RO		100% BR	100% BR	100% BR
	Forfait complémentaire annuel	150€ / an	250€ / an	300€ / an
CURES THERMALES acceptées par le RO				
Honoraires de surveillance		100% BR	100% BR	100% BR
Transport et Hébergement		100% BR	100% BR	100% BR
	Forfait complémentaire annuel	100€ / an	150€ / an	200€ / an
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE 24H/24 ET 7J/7[13]		OUI	OUI	OUI
MARIAGE	1 prime par foyer	100€	200€	300€
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE[9]		OUI	OUI	OUI
ACTION SOCIALE ET PREVENTION[10]		OUI	OUI	OUI

Le service en plus : les bénéficiaires de l'article L.212-1 étant exonérés du paiement du ticket modérateur, le service de tiers payant n'est pas adapté à nos garanties CNM PMI.
Pour vous simplifier au maximum la mutuelle vous profitez :

- de la télétransmission automatisée de vos dépenses de santé entre votre régime obligatoire et la mutuelle (Assurance Maladie, RSI, MSA, CNMSS et principales caisses de fonctionnaires) ;
- de la possibilité de paiement direct par la mutuelle aux professionnels de santé de vos dépenses d'hospitalisation, optique, dentaire ou acoustique (sur demande préalable de prise en charge).

“Ma garantie PMI : un complément indispensable pour être bien protégé”

***** La Formule F3 est soumise à un délai de carence de 3 mois sur les postes Dentaire et Optique. Pendant le délai de carence, seul le ticket modérateur, les actes prothétiques dentaires 100% santé ainsi que les équipements d'optique médicale 100% santé sont remboursés. • **1)** OPTAM et OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Les médecins adhérents à ces options se sont engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires. Les médecins non adhérents à ces options ne peuvent être remboursés à plus 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable, régime obligatoire inclus. • **(2)** En secteur non conventionné, la Base de Remboursement (BR) est le Tarif d'Autorité (TA). • **(3)** Les soins et prothèses dentaires, les équipements d'optique médicale et les aides auditives 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des prix limites de vente ou honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces prix ou honoraires limites de vente, les montants dépassant les prix ou honoraires limites de vente restent à votre charge. • **(4)** Le remboursement est annuel pour les assurés jusqu'à 16 ans et par période de 24 mois pour les plus de 16 ans sauf changement de la vision : remboursement annuel dans ce cas. L'évolution de la vue peut être constatée par prescription médicale ou par un opticien. La période de 24 mois est calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. • **(5)** Les équipements mixtes comprenant des verres ou monture 100% santé et des verres ou monture à tarif libre sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% santé (dans la limite des prix limites de vente) et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements relevant du tarif libre déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé. Les équipements à tarifs libres comprenant des verres de types différents font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : (remboursement équipement verres de type A + remboursement équipement verres de type B)/2. • **(6)** Selon définition de l'Arrêté du 3 décembre 2018. Se reporter à votre règlement mutualiste pour plus de précisions. **(7)** Les chirurgies correctrices prises en charge sont remboursées sur la base des garanties prévues aux postes Honoraires en cas d'hospitalisation. • **(8)** Limité à un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat d'équipement en tenant compte des 4 années antérieures. • **(9)** Garantie assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL SA au capital de 3,5 millions d'euros - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud - RCS Nanterre 433 012 689 - Tél 01 47 11 24 24. • **(10)** Au bout de 12 mois passés dans la garantie et selon conditions de ressources, les adhérents aux garanties PMI peuvent bénéficier des aides financières prévues dans la politique d'action sociale de la mutuelle. Dès leur adhésion, les adhérents aux garanties PMI bénéficient des actions de Prévention organisées par la CNM Prévoyance Santé. • **(11)** Tensiomètre, thermomètre, attelle, collier cervical, barre d'appui, tire-bas et alèse. **(12)** Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues). • **(13)** Service délivré par MEDAVIZ

Questions/Réponses

Pourquoi souscrire si je suis déjà à 100% ?

Etre à 100% ne veut pas dire, loin s'en faut, que vous n'avez rien à payer pour toutes vos dépenses de santé ! La gamme PMI vous permet d'être pris en charge pour toutes vos dépenses de santé qui ne relèvent pas des soins médicaux pris en charge au titre de l'affection à l'origine de votre invalidité et qui ne sont pas ou très peu remboursés par la sécurité sociale. Par exemple, les lunettes, les prothèses dentaires ou les aides auditives pour ne citer que le plus courantes.
Et même pour les soins pris en charge au titre de votre article L.212-1 ou L.213-1, ils ne sont plus nécessairement gratuits comme par le passé. Si vous consultez pas exemple un spécialiste de votre choix pratiquant des dépassements d'honoraires importants, certains montants peuvent être laissés à votre charge par la CNMSS.

Pensez aux centres de santé mutualistes

Sur présentation de votre carte Vitale et de votre carte d'adhérent CNM, vous n'aurez rien à avancer sur vos frais médicaux.

Comment faire pour payer mes cotisations ?

Simplement ! Vous pouvez régler à votre convenance, par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel.

Comment être pris en charge au titre de l'Article L.212-1 ou L.213-1 et ainsi bénéficier de la garantie PMI de la CNM Santé ?

Pour bénéficier de la gamme PMI de la CNM Santé, il faut impérativement et préalablement être pris en charge au titre de l'article L.212-1 ou L.213-1. Pour cela, il faut en premier lieu faire reconnaitre vos droits auprès de la CNMSS puis par votre caisse de régime obligatoire. Pour cela vous devez envoyer votre carnet de soins à la CNMSS qui vous fournira une attestation de reconnaissance auprès de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale. C'est cette attestation que vous devrez ensuite communiquer à votre régime obligatoire qui enregistrera ainsi votre affiliation au titre de l'article L.212-1 ou L.213-1

→ Retrouvez de nombreux exemples de remboursements des garanties PMI sur le site **www.cnmsante.fr**

Deux démarches indispensables pour bénéficier des avantages des garanties PMI :

La prise en charge des soins, produits et appareillages au titre des articles L.212-1 et L.213-1 n'est pas automatique. Après la reconnaissance de son invalidité, le pensionné doit en faire la demande auprès de la CNMSS - Département Soins et suivi du blessé et du pensionné - TSA 41001 - 83090 TOULON CEDEX 9 - Téléphone : 04 94 16 96 20.

Seuls les pensionnés reconnus comme bénéficiaires au titre de ces deux articles peuvent accéder aux garanties PMI.

Une fois le bénéfice des articles L.212-1 ou L.213-1 obtenu, vous devez immédiatement en avertir votre organisme de sécurité sociale, en lui envoyant la copie de votre Fiche Descriptive des infirmités (FDI).

En effet, pour vos soins remboursables dans le cadre de l'assurance maladie (sans relation avec vos affections pensionnées), vous devez également être exempté du paiement du ticket modérateur et, en cas d'hospitalisation, du forfait journalier.

Retrouvez de nombreux exemples de remboursements des garanties PMI sur le site www.cnmsante.fr

Reste à charge = montant restant à votre charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et de votre garantie PMI
Montants arrondis à 1€ près
(1) Tarif conventionnel
(2) Prix moyen national de l'acte
(3) Prix limite de vente ou honoraire limite de facturation
(4) Prix moyen national de l'acte

Extrait des tarifs 2024

Votre cotisation est fonction de votre âge au moment de l'adhésion. Découvrez ci-dessous le montant des cotisations de nos 3 formules à certains âges clés.

Votre âge au 01/01/2024	F1	F2	F3
25	15,58 €	28,75 €	35,77 €
30	19,51 €	36,40 €	45,34 €
35	22,87 €	42,85 €	53,42 €
40	25,75 €	48,46 €	60,43 €
45	28,31 €	53,40 €	66,60 €
50	30,58 €	57,80 €	72,14 €
55	32,63 €	61,80 €	77,13 €
60	34,52 €	65,45 €	81,69 €
65	36,27 €	68,82 €	85,90 €
70	38,80 €	73,05 €	91,21 €
75	41,28 €	77,19 €	96,37 €
80	42,95 €	80,21 €	100,17 €
85	44,33 €	82,85 €	103,46 €
90	45,65 €	85,32 €	106,57 €

Vous souhaitez une étude personnalisée en fonction de votre âge précis ?
Demandez la gratuitement à nos conseillers au 01 53 36 36 10 ou par mail à agence@cnmsante.fr

Votre satisfaction avant tout !

- Une équipe de téléconseillers de proximité pour répondre à vos questions et vous conseiller
- Une prise d'effet immédiate de votre garantie, sans aucun délai de carence*
- Un remboursement en moins de 48 H dans 80% des cas
- Possibilité d'envoyer vos justificatifs d'adhésion par mail
- Les + d'une vraie mutuelle : aucun questionnaire médical, 0 frais de dossier
- La prise en charge de vos démarches de résiliation de votre contrat actuel si vous décidez de nous rejoindre

> Du lundi au jeudi de 9h à 17h30 et le vendredi de 9h à 16h30

Poser une question, obtenir un devis ? ✆ 01 53 36 36 10 Numéro non surtaxé, coût d'une communication téléphonique depuis un poste fixe

Avis Vérifiés

4,3/5

Excellent

Basé sur 762 avis

Pour nous contacter

Par courrier :
CNM Prévoyance Santé
93A, rue Oberkampf
75553 PARIS Cedex 11
Tél. : 01 53 36 36 10
Fax : 01 44 62 86 74
Mail : agence@cnmsante.fr
Site : www.cnmsante.fr

CNM prévoyance santé

CNM Prévoyance Santé - Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité inscrite au SIRENE sous le N° 784492100

Sauf pour les modules dentaire et optique de la formule F3
FITELIA - Document non contractuel - Septembre 2023 - Réf : PL L115 2024