



PLUS  
DE 600  
COMBINAISONS  
POSSIBLES  
DE GARANTIES

## Garanties Santé Néo Entreprises 2019

Néo Entreprises est la première gamme ANI 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 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  
OPTAM ou OPTAM-CO



## 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**

<i>Soins courants</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Hospitalisation</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Dentaire</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Optique</i>	1	2	3	4	5	6

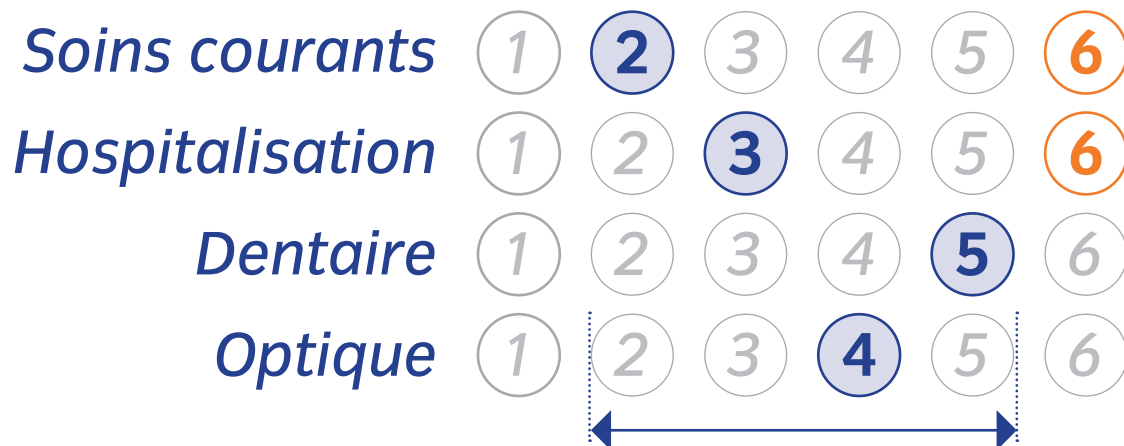
Rejoindre la CNM, c'est choisir une équipe entièrement tournée vers votre satisfaction.

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



Ecart 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

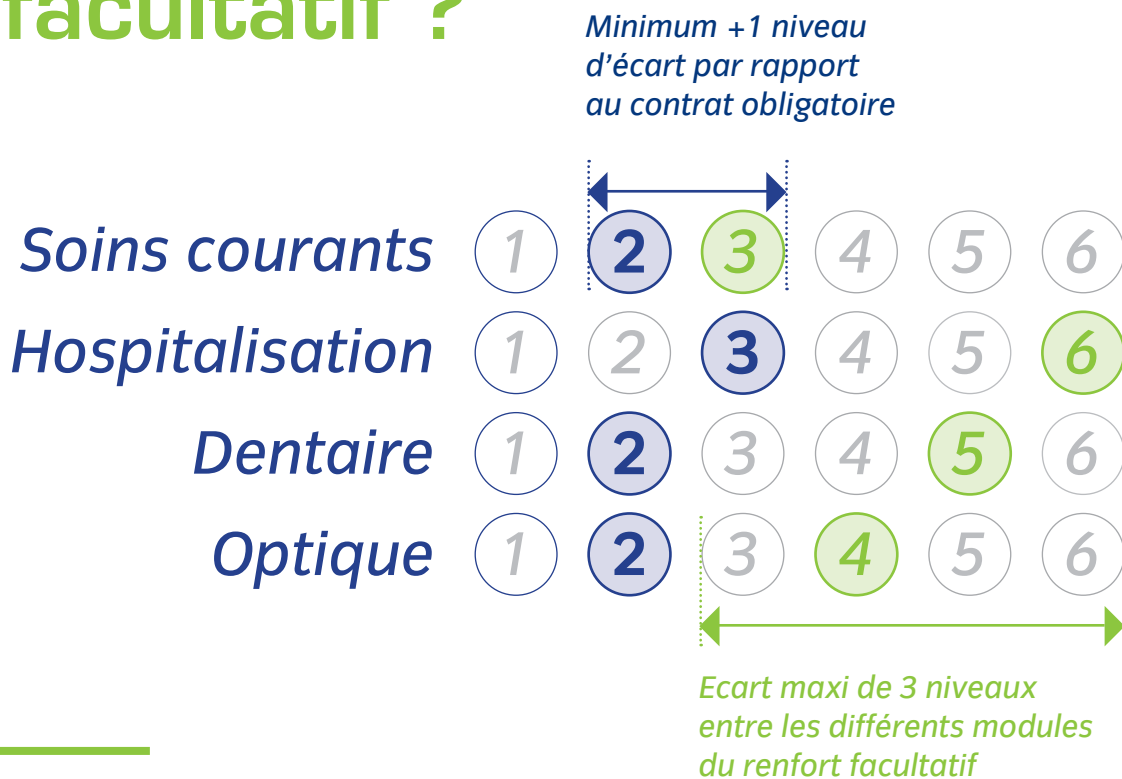
Soins courants	①	②	③	④	⑤	⑥
Hospitalisation	①	②	③	④	⑤	⑥
Dentaire	①	②	③	④	⑤	⑥
Optique	①	②	③	④	⑤	⑥

> 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*
<b>Consultations, visites généralistes et spécialistes</b>						
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
<b>Actes de chirurgie et de spécialité réalisés en cabinet</b>						
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
<b>Radiologie, échographie, imagerie</b>						
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
<b>Prélèvements, analyses biologiques médicales et examens de laboratoire</b>						
	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
<b>Auxiliaires médicaux</b>						
	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR
<b>Pharmacie</b>						
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
<b>Médecines Alternatives et Complémentaires</b> non prises en charge par le RO						
Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropraxie, sophrologie, hypnothérapie, psychomotricité, phytothérapie, étio-pathie, naturopathie, homéopathie, diététique et pédicure.	50€ / an	75€ / an	125€ / an	175€ / an	225€ / an	275€ / 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%.

\* Médicaments à prescription facultative, inscrits au Vidal, remboursés par le RO lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume,...).

## > Soins courants 2/2

	1	2	3	4	5	6*
<b>Incitation à la pratique sportive</b>						
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
<b>Accompagnement maternité et parentalité</b>						
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
<b>Prévention</b>						
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
<b>Petits appareillages et autres dispositifs médicaux</b>	100% BR	100% BR + 50€ / an	100% BR + 70€ / an	100% BR + 100€ / an	100% BR + 150€ / an	100% BR + 200€ / an
<b>Grands appareillages</b>	100% BR	100% BR + 200€ / an	100% BR + 300€ / an	100% BR + 400€ / an	100% BR + 500€ / an	100% BR + 600€ / an
<b>Prothèses auditives acceptées</b>	100% BR	100% BR + 250€	100% BR + 350€	100% BR + 450€	100% BR + 550€	100% BR + 650€
Limitées à 2 par an						
<b>Cures thermales prises en charge par le RO</b>	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.

\*\* Licence annuelle auprès d'une fédération sportive (foot, tennis, danse...), abonnement à une salle de sport, une association ou un club sportif, coût d'inscription à une épreuve sportive... Depuis 2019 : couvre également la consommation sportive à la séance (ex : achat de tickets pour des séances d'aquabike, cours de ski...).

\*\*\* 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*
<b>Honoraires en secteur conventionné</b>						
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
<b>Frais de séjour en secteur conventionné</b>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
<b>Hospitalisation en secteur non conventionné</b>						
Honoraires et frais de séjour	100% TA	125% TA	175% TA	200% TA	200% TA	400€ / an
<b>Forfait journalier</b> 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
<b>Chambre particulière</b>						
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
<b>Frais accompagnant</b> 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
<b>Franchise sur actes techniques médicaux lourds</b> (coefficient ≥ 50 ou tarif de convention ≥ 120 €)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Transport accepté</b> par le RO (hors cure thermale)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Allocation naissance ou adoption**</b> Doublée en cas de naissances ou adoptions multiples	-	100€	200€	300€	400€	500€
<b>Assistance sortie d'hospitalisation et vie quotidienne</b>	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
<b>Soins dentaires et implants remboursés</b> par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Inlay-onlay</b>	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR
<b>Prothèses dentaires remboursées</b> 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
<b>Prothèses nomenclaturées non remboursées et parodontologie</b>	-	150€ / an	300€ / an	400€ / an	500€ / an	600€ / an
<b>Orthodontie acceptée</b> (enfant ou adulte)	125% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR	500% BR
<b>Orthodontie non remboursée</b>	-	400€ / an	500€ / an	600€ / an	800€ / an	1000€ / an
<b>Implants non remboursés</b> Par implant. Maximum 3 implants par an	-	100€	200€	300€	400€	500€
<b>Plafond annuel dentaire</b> (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](http://www.cnmsante.fr)**

Les garanties  
présentées intègrent  
le remboursement  
du Régime  
Obligatoire

→ Pour un devis immédiat : [entreprises.cnmsante.fr](http://entreprises.cnmsante.fr)

## > Optique

		1	2	3	4	5	6
<b>Équipement complet d'optique médicale</b>							
Verres simples <sup>(2)</sup>	Forfait par bénéficiaire <sup>(1)</sup> dont monture maximum	100€ (100€)	150€ (150€)	200€ (150€)	300€ (150€)	400€ (150€)	470€ (150€)
Verres complexes <sup>(3)</sup>	Forfait par bénéficiaire <sup>(1)</sup> dont monture maximum	200€ (100€)	300€ (150€)	400€ (150€)	500€ (150€)	600€ (150€)	750€ (150€)
Verres très complexes <sup>(4)</sup>	Forfait par bénéficiaire <sup>(1)</sup> dont monture maximum	200€ (100€)	300€ (150€)	400€ (150€)	550€ (150€)	700€ (150€)	850€ (150€)
<b>Lentilles acceptées</b>		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
<b>Chirurgie correctrice non prise en charge par le RO</b>	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 sphérocyindriques 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 la visite de l'un de nos Conseillers : 01 53 36 92 52

*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](mailto: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](mailto:entreprises@cnmsante.fr) **Site :** [cnmsante.fr](http://cnmsante.fr)

