

LIVRET PRATIQUE

à l'usage des bénéficiaires des articles L.212-1 et L.213-1 du
Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre
(CPMIVG)



Vous êtes bénéficiaire des soins médicaux et des prestations d'appareillage relevant des articles L.212-1 ou L.213-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG).

Ce livret a été conçu pour vous, avec pour objectif de vous aider dans l'accomplissement de vos démarches et de vous guider dans la prise en charge de vos prestations liées aux infirmités pour lesquelles vous êtes pensionné.

Il se veut pratique, car au plus près de vos besoins et de vos attentes.

Vous constaterez qu'à l'occasion de la refonte du CPMIVG intervenue au 1^{er} janvier 2017 :

❖ L'article L.115 est devenu l'article L.212-1 :

« 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.

Les soins, produits et prestations pris en charge par l'Etat sont ceux prévus aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies par ces articles ou par les dispositions du présent code ».

❖ L'article L.128 est devenu l'article L.213-1 :

« 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.

Les produits et prestations pris en charge par l'Etat sont ceux prévus à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies par cet article ou par les dispositions du présent code ».

Le Directeur de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Thierry BARRANDON



SOMMAIRE

- La Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)	p. 1
- Mes soins ou prestations relevant des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG	p. 2
- Ma pension d'invalidité au titre du CPMIVG	p. 3
- Ma carte Vitale et la facturation de mes soins	p. 4
- Mon carnet de soins médicaux (article L.212-1 du CPMIVG)	p. 6
- Mes remboursements et mes exonérations	p. 7
- Mes demandes d'accord préalable	p. 9
- Mes prestations d'appareillage	p. 10
- Mes transports	p. 11
- Mon hospitalisation	p. 12
- Ma cure thermale	p. 13
- Mes autres prestations en lien avec mes infirmités pensionnées au titre du CPMIVG	p. 16
- La Commission des secours et des prestations complémentaires (CSPC)	p. 19
- Je réside dans les DROM/COM	p. 20
- Mes contacts	p. 21
- Mes recours en cas de litige	p. 22



La Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)

Implantée sur **TOULON**, la CNMSS, établissement public national à caractère administratif, a pour mission essentielle, la gestion du régime d'assurance maladie-maternité au bénéfice des assurés militaires et de leurs ayants droit.



Son activité s'articule autour de **trois grandes missions** :

- le remboursement des frais de santé dans le domaine de l'assurance maladie/maternité,
- l'action sanitaire et sociale,
- la prévention en santé.

La CNMSS par l'intermédiaire de son **Département soins et suivi du blessé et du pensionné (DSBP)** exerce également des missions qui lui sont déléguées par le ministre des Armées, notamment :

↳ la **gestion des dossiers de soins médicaux** des titulaires d'une pension d'invalidité concédée au titre du CPMIVG

↳ ainsi que la gestion des dossiers de soins des militaires, victimes d'un accident en service.

Pour la prise en charge de vos dossiers de soins médicaux en lien avec vos affections ou vos infirmités pensionnées au titre du CPMIVG, vous devez vous adresser à la :

CNMSS / DSBP
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9
Tél . : 04.94.16.96.20

Courriel : www.cnmss.fr (rubrique contactez-nous)



Mes soins ou prestations relevant des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG

Je suis titulaire d'une pension d'invalidité concédée au titre du CPMIVG :

✚ Je peux demander à bénéficier de la prise en charge de mes soins médicaux ou prestations, au titre des articles précités, uniquement s'ils sont en relation médicale directe avec mes affections ou infirmités, décrites sur ma fiche descriptive des infirmités, et pour lesquelles je suis pensionné au titre du CPMIVG.

✚ J'en informe le Département soins et suivi du blessé et du pensionné (DSBP) de la CNMSS :

CNMSS / DSBP
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9
Tél . : 04.94.16.96.20

✚ Dès mon inscription dans le fichier national des pensionnés de la CNMSS, je reçois automatiquement mon attestation ouvrant droit à la prise en charge de mes prestations de soins médicaux et d'appareillage, au titre des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG.

Bénéficiaire

NOM :
PRENOM :
N° INSEE :
Date de naissance :

Attestation éditée le :

Cette carte est rigoureusement personnelle.
Toute utilisation frauduleuse est passible de poursuites.

✓ Présentez systématiquement aux professionnels de santé, à l'appui de cette attestation, votre fiche descriptive des infirmités pensionnées.

✓ Facturation SESAM-Vitale (*)
Code grand régime : 08
Caisse : 835
Centre : 0300
Nature d'assurance : soins médicaux gratuits (SMG) / soins gratuits (SG) / article L.115 / article L.212-1

(*) nécessite que le professionnel de santé soit équipé a minima d'une version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6

Pensez à informer la CNMSS de tout changement d'adresse, d'état civil ou de coordonnées bancaires.

Toute attestation antérieure est à détruire.

CNMSS/DSBP
Soins médicaux L.212-1
TSA 41 001
83090 TOULON Cedex 9
Tél : 04 94 16 96 20
www.cnmss.fr

ATTESTATION
ouvrant droit uniquement aux prestations de soins et d'appareillage en relation avec les affections pensionnées des bénéficiaires des articles L.212-1 et L.213-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

✚ Je bénéficie de la dispense d'avance de frais (tiers payant) auprès des professionnels de santé et des établissements de soins

✚ J'ai le libre choix de mon médecin et de mon prestataire de santé.

Ma pension d'invalidité au titre du CPMIVG

Je souhaite des renseignements concernant ma pension d'invalidité (renouvellement, révision...):

↳ Si je suis un militaire en activité, je m'adresse directement au :

Ministère des Armées

Direction des ressources humaines

Service des pensions et des risques professionnels

Caserne Beauregard

Rue Beauregard

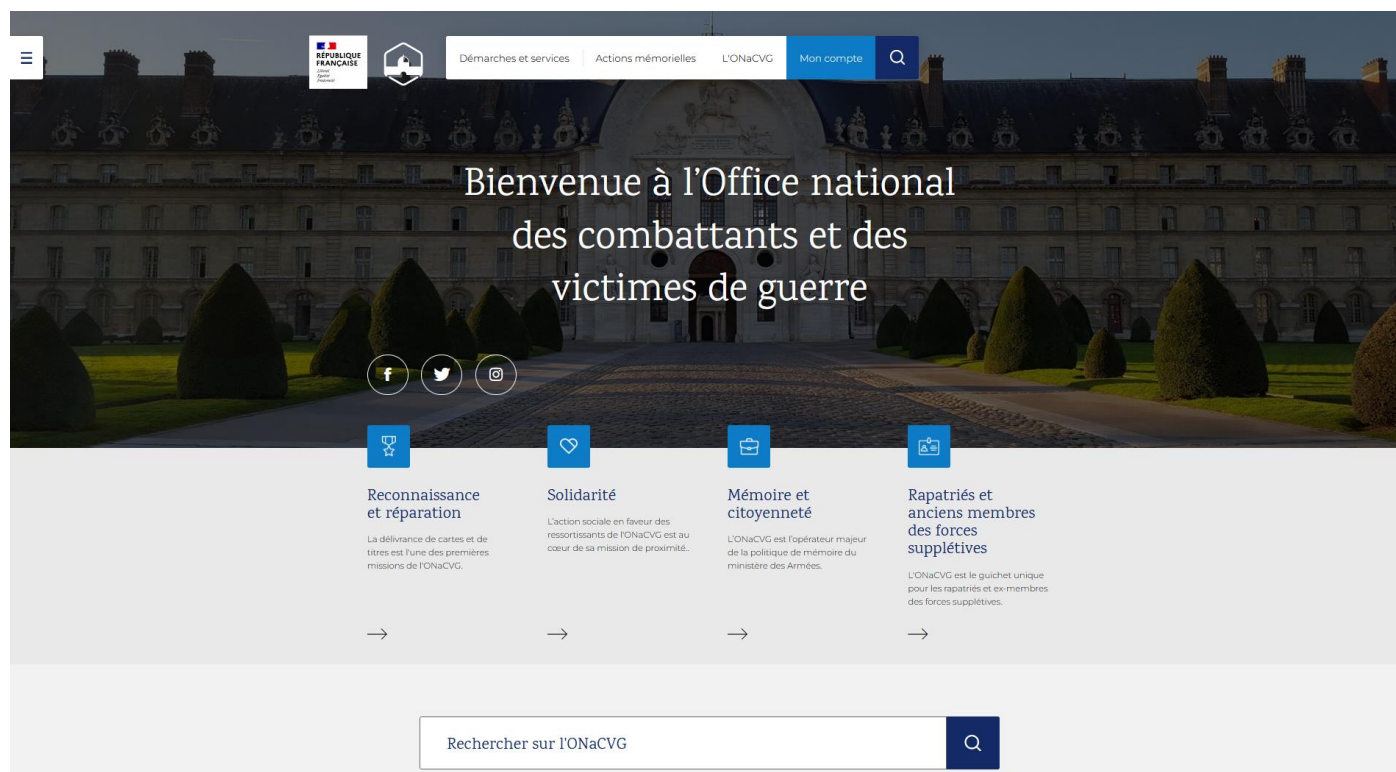
BP 60000

17016 LA ROCHELLE Cedex 1

Tél. : 05.46.50.23.37

Courriel : drh-md-sr-rh-sprp.info-conseils.correspondant.fct@intradef.gouv.fr

↳ dans les autres cas, je contacte les services de l'Office national des combattants et des victimes de guerre (ONaC-VG) de mon département de résidence www.onac-vg.fr/contact



Ma carte Vitale et la facturation de mes soins



Ma carte Vitale contient des informations relatives à :

- mon identité (nom, prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale),
- mon organisme d'assurance maladie (code régime, code Caisse),
- mes éventuelles exonérations du ticket modérateur
- mes éventuels droits à la complémentaire santé solidaire (CSS).

MES SOINS SONT EN RELATION AVEC MES INFIRMITÉS PENSIONNÉES

Afin que mes facturations parviennent à la CNMSS/DSBP et soient réglées au titre des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG, le poste de travail du professionnel de santé auquel je m'adresse doit impérativement être équipé du logiciel agréé, version SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 et suivantes.

Je remets au professionnel de santé :

- ✎ ma carte Vitale délivrée par mon organisme d'assurance maladie (il n'y a pas de carte Vitale spécifique délivrée aux bénéficiaires des articles L.212-1 ou L.213-1),
- ✎ mon attestation de droits aux soins médicaux relevant des articles précités,
- ✎ ma fiche descriptive des infirmités,
- ✎ la prescription médicale établie par mon médecin ou la notification d'accord préalable délivrée par le DSBP.



Ma carte VITALE sert uniquement à m'identifier et à certifier le flux électronique.

Si le professionnel de santé ne dispose pas de la bonne version logicielle, l'utilisation de ma carte Vitale occasionnera l'envoi de mes facturations vers ma caisse de sécurité sociale et un remboursement de mes soins au titre de l'assurance maladie avec, pour conséquence, la retenue des participations forfaitaires et franchises médicales (voir page 7 « Mes remboursements et mes exonérations »).

Dès lors, il doit établir une facturation « papier » sur les feuilles de soins cerfatisées, diffusées par l'assurance maladie, en y cochant la case « soins dispensés au titre de l'article L.212-1 », ou utiliser un bulletin de mon carnet de soins médicaux, et l'adresser à la CNMSS/DSBP.



SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

En cas de doute ou pour tous renseignements complémentaires, les professionnels de santé peuvent contacter le DSBP au **04.94.16.96.20**.

Je peux aussi contacter moi-même le DSBP.

MES SOINS NE SONT PAS EN RELATION AVEC MES INFIRMITÉS PENSIONNÉES

Je remets au professionnel de santé :

- ↗ ma carte Vitale,
- ↗ accompagnée, le cas échéant, de ma prescription médicale.

La facturation est alors transmise à ma caisse de sécurité sociale.



Les participations forfaitaires et les franchises médicales sont prélevées par mon organisme de sécurité sociale, sur chaque acte ou prestation.



Mon carnet de soins médicaux (article L.212-1 du CPMIVG)

Pour un traitement plus rapide de mes demandes de remboursement, il est vivement conseillé d'utiliser le réseau SESAM-Vitale (voir page 4 « Ma carte Vitale et la facturation de mes soins »).

Toutefois je peux présenter mon carnet de soins médicaux aux professionnels de santé, uniquement si mes soins sont en relation médicale directe avec mes affections ou mes infirmités pensionnées au titre du CPMIVG, pour qu'ils établissent :

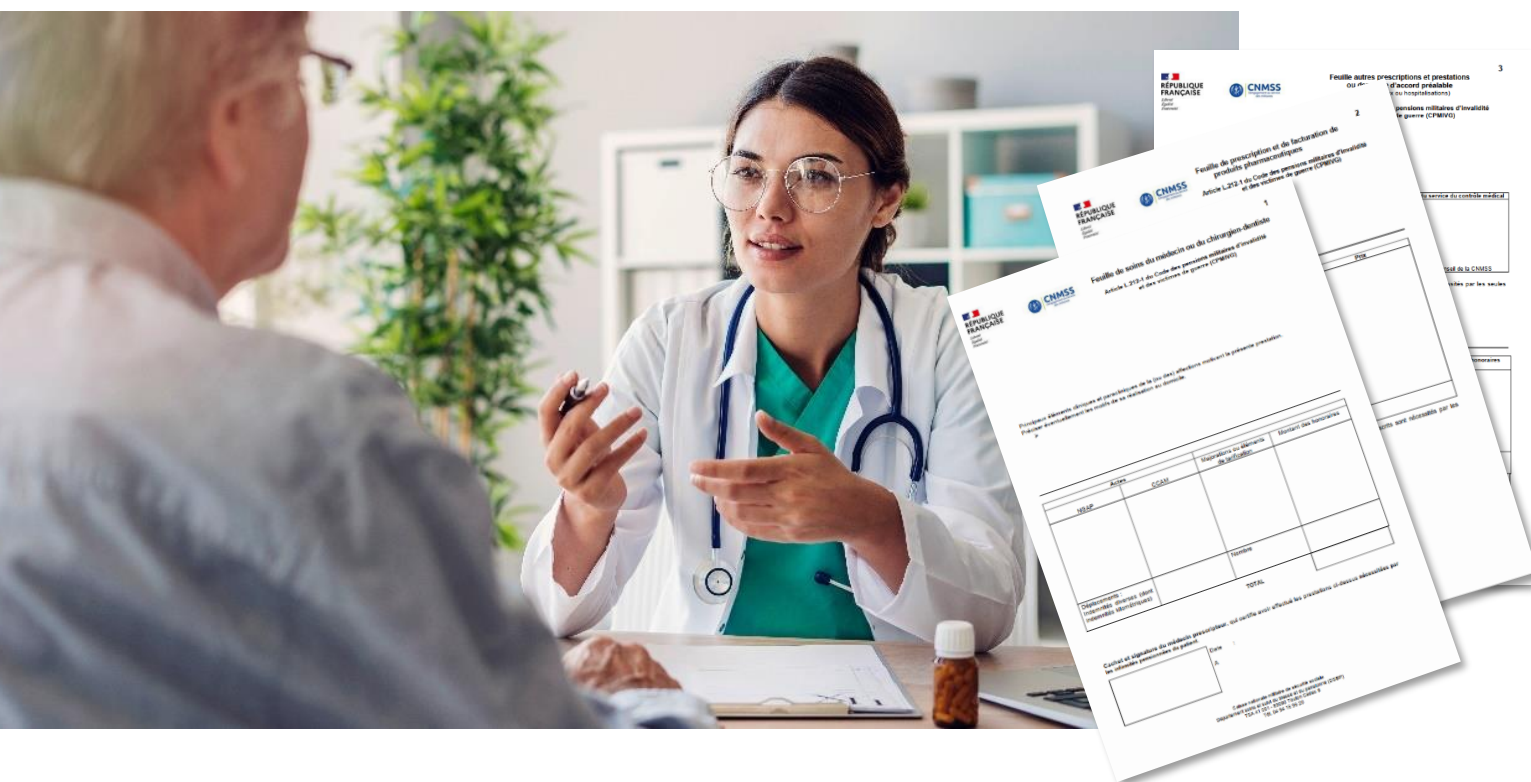
- leur prescription médicale ou leur demande d'accord préalable,
- et/ou la facturation des soins dispensés.

NOUVEAU!

Désormais le carnet de soins médicaux est au **format A4**.

Seul le format change et non le fond.

Vous pouvez néanmoins utiliser jusqu'au bout les feuillets du carnet de soins médicaux ancien format (A5).



Mon médecin ne doit utiliser que l'un ou l'autre de ces supports de facturation.

👉 Je souhaite obtenir un carnet de soins médicaux :

- Je contacte le 04.94.16.96.20,
- ou je renvoie le formulaire de demande de renouvellement intégré dans mon carnet,
- ou je fais ma demande sur le site Internet : www.cnamss.fr

Mes remboursements et mes exonérations

✚ MES SOINS SONT EN RELATION AVEC MES AFFECTIONS OU MES INFIRMITÉS PENSIONNÉES AU TITRE DU CPMIVG

Mes demandes de remboursement sont adressées (par moi-même ou par le professionnel de santé) à la :

CNMSS/DSBP
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9

Dès lors, je suis exonéré :

- du **ticket modérateur**, (différence entre la base de remboursement des prestations de soins et le montant remboursé par les caisses de sécurité sociale, restant habituellement à la charge des assurés sociaux),
- des **franchises médicales** de 0,50 € sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports,
- de la **participation forfaitaire** de 1 € sur chaque acte ou consultation,
- du **forfait journalier hospitalier** de 20 € ⁽¹⁾,
- du **forfait patient urgence** de 19,61 € ⁽²⁾,
- de la **participation forfaitaire** de 24 € ⁽³⁾ qui, **lors d'une hospitalisation**, s'applique à certains actes médicaux coûteux.



Pour mes prestations de soins en lien avec mes affections ou mes infirmités pensionnées, les dépassements d'honoraires ou de tarifs restent à ma charge, ou, éventuellement, à la charge de ma mutuelle.

Pour plus d'informations à ce sujet, je consulte la rubrique « La commission des secours et des prestations complémentaires (CSPC) » page 19.

✚ MES SOINS NE SONT PAS EN RELATION AVEC MES AFFECTIONS OU MES INFIRMITÉS PENSIONNÉES

J'adresse mes demandes de remboursement à ma caisse d'affiliation à l'assurance maladie.

En ma qualité de bénéficiaire de l'article L.212-1, je suis exonéré :

- du **ticket modérateur** (je suis remboursé à 100 % des tarifs de remboursement de l'assurance maladie),
- du **forfait journalier hospitalier** de 20 € ⁽¹⁾,
- du **forfait patient urgence** de 19,61 € ⁽²⁾,
- de la **participation forfaitaire** de 24 € ⁽³⁾ qui, **lors d'une hospitalisation**, s'applique à certains actes médicaux coûteux.

(1) montant au 01/01/2018

(2) montant au 01/01/2022

(3) montant au 01/01/2019



Pour pouvoir bénéficier de ces exonérations, je dois avoir informé ma caisse d'affiliation à la sécurité sociale, de ma qualité de titulaire d'une pension d'invalidité concédée au titre du CPMIVG.

Si ma caisse d'assurance maladie est la CNMSS, j'adresse mes demandes de remboursement, sans relation avec mes affections pensionnées, à la :

CNMSS / DIP
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON cedex 9

Dans le cadre de l'assurance maladie :



- Je ne suis pas dispensé du dispositif lié au parcours de soins (déclaration d'un médecin traitant notamment).
- Les franchises médicales et les participations forfaitaires sont prélevées par mon organisme de sécurité sociale, sur les prestations de soins qui me sont dispensées.
- Les dépassements d'honoraires ou de tarifs restent à ma charge, ou, éventuellement, à la charge de ma mutuelle.
- Le dispositif « 100 % santé », dans le domaine de l'optique médicale, des aides auditives et des soins dentaires, me permet de bénéficier d'une prise en charge intégrale de ces prestations lorsqu'elles figurent dans le panier de soins « 100 % santé ».
 - Je me renseigne auprès de mon opticien, de mon audioprothésiste ou de mon chirurgien-dentiste.
 - Néanmoins, pour bénéficier de ce dispositif, je dois adhérer à une mutuelle santé solidaire et responsable.



Mes demandes d'accord préalable

Seuls les soins en relation médicale directe et immédiate avec mes affections pensionnées, peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG.

Pour certaines prestations, **une demande d'accord préalable est obligatoire** :

- lorsqu'elle est prévue dans les nomenclatures de la sécurité sociale,
- lorsque la prise en charge va au-delà du tarif de responsabilité, c'est-à-dire au-delà du montant servant de base de remboursement pour la sécurité sociale (par exemple, les prothèses dentaires, les aides auditives, les lunettes),
- pour les transports (voir page 11 « Mes transports »),
- pour les hospitalisations (voir Page 12 « Mon hospitalisation »).

Toutes les demandes d'accord préalable font l'objet d'une réponse (accord ou refus) par le service du contrôle médical du DSBP. Cette notification doit être jointe à la demande de remboursement.



✎ J'invite mon médecin à utiliser les formulaires dédiés aux soins relevant de l'article L.212-1 du CPMIVG, disponibles sur le site Internet : www.cnmss.fr, ou ceux de l'assurance maladie (case « soins dispensés au titre de l'article L.212-1 » à cocher) ;

✎ La demande d'accord préalable doit être adressée, sous pli confidentiel, à la :

CNMSS / DSBP
Service du contrôle médical
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9

✎ Le professionnel de santé peut établir une demande dématérialisée, via le site Internet : www.cnmss.fr, uniquement pour les dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (aides auditives, lunettes, chaussures orthopédiques, véhicules pour handicapés physiques...).

Mes prestations d'appareillage

✚ JE DEMANDE OBLIGATOIREMENT UN ACCORD PRÉALABLE

J'ai besoin d'un appareillage (lunettes, aides auditives, fauteuil roulant...) ou d'un grand appareillage (orthoprothèses, chaussures orthopédiques, prothèses oculaires...) en relation avec mes infirmités pensionnées au titre du CPMIVG.

La demande d'accord préalable est obligatoire (voir page 9 « Mes demandes d'accord préalable »).

Le professionnel de santé transmet, sous pli confidentiel, un devis accompagné d'une prescription médicale à la :

CNMSS / DSBP
Service du contrôle médical
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9



Pour le remboursement : voir page 4 « Ma carte Vitale et la facturation de mes soins ».

✚ LES CONSULTATIONS D'APPAREILLAGE

J'ai besoin d'un appareillage et je souhaite consulter un médecin spécialiste. Je m'informe auprès du service du contrôle médical de la CNMSS/DSBP au 04.94.16.96.20, ou je peux m'adresser directement au médecin spécialiste en appareillage du service de santé des Armées (SSA), figurant sur la liste consultable sur le site Internet : www.cnmss.fr

✚ PROTHÈSES DITES DE « NOUVELLE GÉNÉRATION »

J'ai été gravement blessé en opération ou en service, et j'ai subi une amputation pour laquelle je suis pensionné au titre du CPMIVG.



En vue de faciliter ma réinsertion professionnelle au sein du ministère des Armées ou à l'extérieur, je peux bénéficier, sous certaines conditions, de prothèses dites de « nouvelle génération ».

La nécessité d'être appareillé par ce type de prothèse, le choix du modèle, ainsi que mes capacités physiques et cognitives, sont préalablement définis et vérifiés par le SSA, en charge de ma rééducation et de ma réadaptation fonctionnelle.

Mes transports

➤ Dans le cadre des dispositions des articles L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG, la prise en charge de mes frais de transport, pour hospitalisation ou soins, en secteur public ou en milieu privé, n'est pas systématique

Je demande obligatoirement la prise en charge préalable de mes frais de transport à la :

CNMSS / DSBP
Service du contrôle médical
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9

Voir page 9 « Mes demandes d'accord préalable »

Mon médecin mentionne clairement le motif médical du transport, qui doit être nécessité par mes infirmités pensionnées.

Il prescrit le mode de transport le mieux adapté à mon état de santé et à mon niveau d'autonomie.



Si mon état de santé nécessite que je sois accompagné par une tierce personne, son transport peut éventuellement être pris en charge par la CNMSS / DSBP, sous réserve que mon médecin l'ait précisé sur la demande d'accord préalable.

➤ LE REMBOURSEMENT

En application des dispositions du CPMIVG, le remboursement de mes frais de transport est calculé sur la base :

- du moyen de transport le moins onéreux, compatible avec mon état de santé,
- et de la distance pour me rendre à l'établissement de santé ou au cabinet du professionnel de santé qualifié, le plus proche de mon domicile.

Lorsque j'utilise mon véhicule personnel, je suis remboursé selon le barème kilométrique appliqué par la sécurité sociale, si et uniquement si ce moyen de transport est considéré comme étant le plus économique.



Mon hospitalisation

✚ SI MON HOSPITALISATION EST EN LIEN AVEC MES AFFECTIONS OU INFIRMITÉS PENSIONNÉES AU TITRE DU CPMIVG, LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE EST OBLIGATOIRE.

Elle est effectuée par l'établissement de santé, auprès du service du service du contrôle médical de la :

CNMSS / DSBP
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9

Le formulaire Cerfa n° 14448 « Demande de prise en charge d'hospitalisation au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG » peut être téléchargé sur le site Internet : www.cnmss.fr
La décision de prise en charge est adressée directement à l'établissement de santé.

✚ COMMENT CHOISIR MON ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ?

Je peux me faire soigner dans l'établissement de santé public ou privé conventionné de mon choix.



Afin de pouvoir bénéficier, sans restriction, de la prise en charge de mes frais de transport, je choisis l'établissement adapté à mon état de santé, le plus proche de mon domicile (voir page 11 « Mes transports »).



✚ MON ENTRÉE A L'HOPITAL

A mon arrivée à l'hôpital, je dois obligatoirement présenter :

- mon attestation de droits aux soins médicaux relevant des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG,
- ma fiche descriptive des infirmités.

✚ MES EXONÉRATIONS CONCERNANT LES FRAIS LIÉS A MON HOSPITALISATION

Lorsque je suis hospitalisé, je suis notamment exonéré :

- du **forfait journalier hospitalier** de 20 € ⁽¹⁾,
- du **forfait patient urgence** de 19,61 € ⁽²⁾,
- de la **participation forfaitaire** de 24 € ⁽³⁾ qui s'applique à certains actes médicaux coûteux.

(1) montant au 01/01/2018

(2) montant au 01/01/2022

(3) montant au 01/01/2019

La CNMSS/DSBP les règlera directement à l'établissement de santé, dès lors que je suis hospitalisé au titre de mes affections ou infirmités pensionnées.

Pour plus d'informations, voir page 7 « Mes remboursements et mes exonérations »

Ma cure thermique

LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE EST OBLIGATOIRE

Je me procure le formulaire Cerfa n° 14415 « Demande de cure thermique au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG » sur le site Internet : www.cnmss.fr

Je peux aussi le demander par courrier à la :

CNMSS / DSBP
TSA 41001
83090 TOULON Cedex 9

ou par téléphone au 04.94.16.96.20.

Je fais remplir le formulaire par mon médecin traitant et le renvoie, avec l'ensemble des pièces demandées.

Le service du contrôle médical de la CNMSS/DSBP me fera parvenir sa décision accompagnée, en cas d'accord, des volets de facturation correspondant aux frais de surveillance médicale et de soins thermaux, ainsi que, le cas échéant, des volets pour la facturation de mes frais de déplacement et d'hébergement.

Le formulaire Cerfa n° 14415 est intitulé « DEMANDE DE CURE THERMALE au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG ». Il est divisé en plusieurs sections : 1. IDENTIFICATION DU PERSONNEL (Nom, Prénom, Adresse, Code postal, Ville, Date de naissance, Sexe). 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE DE CURE (Cure thermique souhaitée, Adresse de destination de la cure, Date de départ, Date de retour). 3. Avis du médecin chargé du contrôle des soins médicaux (avec des cases à cocher pour l'avis favorable ou défavorable, et des champs pour les observations). 4. OBSERVATIONS. Le formulaire est imprimé sur papier blanc avec des bordures bleues et des logos de la République Française et de la CNMSS.

COMMENT CHOISIR MON ÉTABLISSEMENT DE CURE THERMALE ?

Le choix du centre de cure thermique dépend de l'affection à traiter. Toutes les stations thermales ne soignent pas les mêmes pathologies.

Mon médecin m'indiquera l'établissement thermal agréé, adapté à mes affections pensionnées au titre du CPMIVG.



J'ai le libre choix de la station thermique où je souhaite effectuer ma cure thermique, cependant lorsque plusieurs stations proposent les mêmes soins prescrits par mon médecin, **je choisis la station la plus proche de mon domicile, afin de pouvoir bénéficier, sans restriction, de la prise en charge de mes frais de transport.**

LA PRISE EN CHARGE DE MA CURE THERMALE

Lorsque j'envoie ma demande de remboursement, je n'oublie pas de joindre un exemplaire du certificat de fin de cure, délivré par le médecin de l'établissement thermal.

- Les frais de surveillance médicale

Dès le début de ma cure, je remets à l'établissement thermal le volet 1 de prise en charge et je bénéficie de la dispense d'avance de frais (tiers payant).

Ces frais correspondent à ma surveillance médicale, réalisée par le médecin du centre thermal, pendant ma cure. S'y ajoutent, éventuellement, des pratiques médicales complémentaires qui seront remboursées si ces soins sont inscrits sur la liste des pratiques médicales remboursables et effectuées dans les stations thermales agréées.

- Les frais thermaux

Ces frais correspondent aux soins et traitements réalisés durant la cure : **forfaits d'hydrothérapie et de kinésithérapie**.

Dès le début de ma cure, je remets à l'établissement thermal le volet 2 de prise en charge.



Un supplément tarifaire pour les frais de soins est facturé par l'établissement thermal. Ce supplément reste à la charge du curiste.

Toutefois, dès lors que ma cure thermale est prise en charge au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG, le supplément tarifaire est pris en charge par le DSBP.

- Les frais de déplacement

J'adresse le volet 3 de prise en charge dûment complété à la CNMSS/ DSBP, accompagné des justificatifs de frais demandés.

Le remboursement intervient sur la base d'un transport aller-retour au tarif le plus économique (qui est en général le tarif SNCF 2^{ème} classe), en tenant compte des réductions éventuelles dont je bénéficie à titre personnel et ce quel que soit le moyen de transport que j'utilise (article D.211-13 du CPMIVG).



 La prise en charge de mes frais de transport sera limitée si je n'ai pas choisi d'effectuer ma cure dans la station thermale agréée, adaptée à mon traitement, la plus proche de mon domicile.

 Si j'habite à proximité de la station thermale, je peux choisir de me rendre quotidiennement de mon domicile vers mon lieu de cure. Dans ce cas :

- je ne perçois pas l'indemnité forfaitaire d'hébergement,
- je suis remboursé de mes frais de transport pour me rendre quotidiennement sur mon lieu de cure sur la base de 18 trajets, au tarif le plus économique.



 Je ne peux pas bénéficier de la prise en charge de mes frais de transport, si l'établissement thermal agréé, adapté à ma pathologie, se trouve dans la ville où je réside, et ce quelle que soit la station thermale où j'ai choisi d'effectuer ma cure.

- **Les frais d'hébergement**

Le remboursement de mes frais d'hébergement intervient sur la base du montant forfaitaire de 750,05 € et sur présentation des justificatifs correspondants.

Si l'établissement où je loge est enregistré au registre du commerce et des sociétés (hôtels, par exemple), je lui remets le volet 4 de prise en charge pour éventuellement bénéficier de la dispense d'avance de frais (tiers payant).

Si je me suis acquitté de la totalité des frais d'hébergement, j'adresse à la CNMSS/DSBP le volet 4 de prise en charge dûment complété, accompagné de la facture acquittée d'hébergement et, lorsqu'il s'agit d'une location saisonnière, de la copie du contrat de location ou de la réservation sur Internet.



L'indemnité forfaitaire d'hébergement ne m'est pas due si l'établissement thermal agréé, adapté à ma pathologie, se trouve dans la ville où je réside, et ce quelle que soit la station thermale où j'ai choisi d'effectuer ma cure.



Mes autres prestations en lien avec mes infirmités pensionnées au titre du CPMIVG

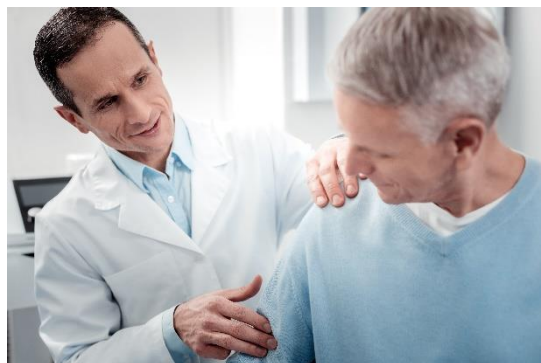
↳ MES CONSULTATIONS

La prise en charge de mes consultations n'est pas la même selon que je m'adresse à un médecin de secteur 1, de secteur 2 ou de secteur 3.

Il est donc important de me renseigner sur le secteur d'activité du praticien avant de le consulter.

Les médecins de secteur 1 ou 2 sont des médecins conventionnés. Les médecins de secteur 2 sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Les médecins de secteur 3 n'adhèrent pas à la convention nationale. En général, il s'agit de médecins spécialistes qui ont choisi de fixer librement leurs honoraires.



- Le remboursement des consultations, actes et autres prestations de soins, intervient sur la base des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.
- Seules les consultations dispensées par les médecins de secteur 1 me seront intégralement remboursées, dans le cadre des dispositions de l'article L.212-1 du CPMIVG.
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé demeurent à ma charge, ou, éventuellement, à la charge de ma mutuelle.

↳ MES PROTHÈSES DENTAIRES



J'ai besoin de prothèses dentaires, l'accord préalable est obligatoire (voir page 9 « Mes demandes d'accord préalable »).

Le dentiste-conseil de la CNMSS donne un avis médical et précise, en cas d'accord, le montant de la prise en charge.

Je remets la notification, émise par le service du contrôle médical du DSBP, à mon chirurgien-dentiste, qui la joindra à sa demande de remboursement avant de l'adresser à la CNMSS/ DSBP (voir page 4 « Ma carte Vitale et la facturation de mes soins »).

↳ MES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Seuls les médicaments inscrits sur la liste des produits remboursables sont pris en charge au titre des dispositions de l'article L.212-1 du CPMIVG.

Toutefois, sur avis favorable du service du contrôle médical de la CNMSS/DSBP, la prise en charge exceptionnelle de certains autres produits pharmaceutiques reste possible.



Depuis le 1^{er} janvier 2020, les modalités de prise en charge des produits pharmaceutiques ont évolué, y compris pour mes soins en lien avec mes infirmités pensionnées :

- Désormais, **mon médecin ne peut plus s'opposer à la substitution** d'un médicament de marque par un médicament générique, sauf dans certains cas spécifiques médicalement justifiés.
- Si je refuse que le pharmacien me délivre un médicament générique, je dois lui régler le médicament (pas de tiers payant possible) et je serai remboursé sur la base du prix du médicament générique, avec le risque de devoir supporter un reste à charge.
 - Les médicaments génériques sont tout aussi efficaces que les médicaments princeps, auxquels ils se substituent.
 - Le principe actif à l'origine de l'efficacité du médicament reste identique.
 - Seuls certains composants, sans activité thérapeutique (comme l'enrobage), peuvent être différents.



🔑 **MA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE**

Je veux me faire vacciner contre la grippe saisonnière.

Il est possible d'en obtenir le remboursement dans certains cas particuliers, au titre des dispositions de l'article L.212-1 du CPMIVG, sous réserve de l'avis favorable du service du contrôle médical de la CNMSS/DSBP (voir page 9 « Mes demandes d'accord préalable ») :

- si j'ai moins de 65 ans,
- **et si** la vaccination est nécessitée par certaines de mes affections pensionnées,
- **et si** je ne bénéficie pas déjà du dispositif mis en place, par ma caisse d'assurance maladie, dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre la grippe saisonnière.

🔑 **MES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

- **J'exerce une activité professionnelle dans le secteur civil**

Je peux prétendre, sous certaines conditions, au versement des indemnités journalières prévues à l'article L.323-4 du code de la sécurité sociale (CSS), par la caisse de sécurité sociale dont je dépends, du fait de mon activité professionnelle, même si l'arrêt de travail est motivé par une maladie ou une blessure de guerre (articles L.371-6 3^{ème} alinéa, R.371-4 et R.371-6 du CSS).

- **Dans les autres situations**

J'adresse ma demande à la CNMSS, qui instruira mon dossier en vue d'une éventuelle indemnisation par le ministère des Armées (ou le ministère de l'Intérieur pour les anciens gendarmes) :

CNMSS / DSBP

Prestations en espèces

247 avenue Jacques Cartier

83090 TOULON CEDEX 9

Pour plus d'informations, je contacte le 04.94.16.96.20.

MES FRAIS D'OBSÈQUES

Mes proches doivent envoyer un extrait d'acte de décès à la CNMSS/DSBP.

Le DSBP n'a pas vocation à verser un capital décès. Cependant, il est susceptible de participer, sous certaines conditions, à mes frais d'obsèques, dès lors que mon décès intervient au cours d'une hospitalisation prise en charge au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG.

Pour tous renseignements complémentaires à ce sujet, je contacte le : 04.94.16.96.20.



La commission des secours et des prestations complémentaires (CSPC)

La commission des secours et des prestations complémentaires, placée auprès de la CNMSS, a été créée afin d'améliorer la prise en charge de certains soins ou prestations, peu ou pas remboursés au titre des prestations légales.

➤ JE PEUX SOLLICITER LA CSPC :

- si je suis titulaire d'une pension d'invalidité au titre du CPMIVG,
- et si ma demande est en relation médicale directe avec mes affections ou mes infirmités pensionnées.



La CSPC est susceptible de m'octroyer, sous certaines conditions :

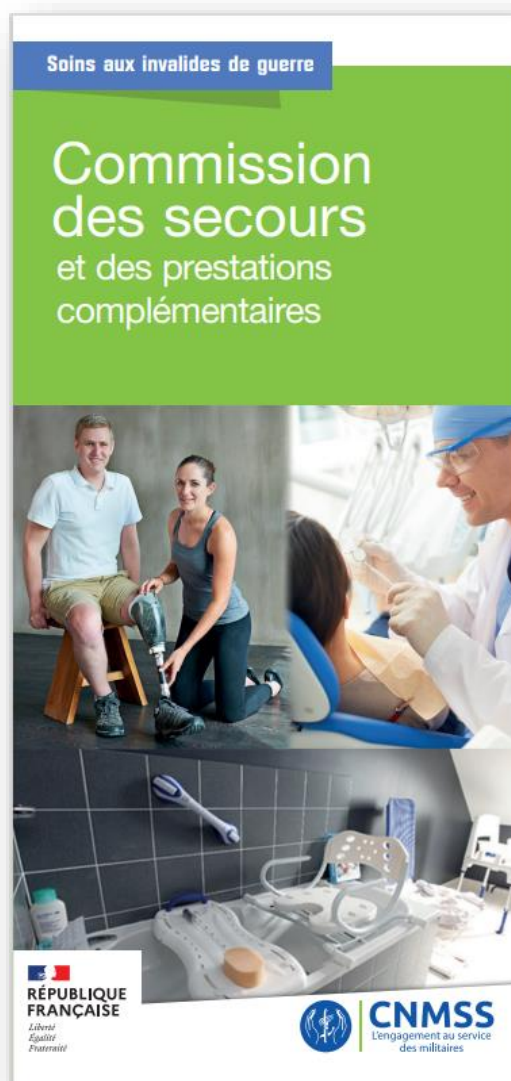
- des **prestations complémentaires**, pour les prestations de soins partiellement remboursées au titre des prestations légales,
- des **secours**, pour les prestations non remboursables au titre des prestations légales (aménagement de mon logement ou de mon véhicule, aide-ménagère...), dès lors qu'il s'agit de prestations permettant de :
 - favoriser mon maintien à domicile,
 - compenser ma perte d'autonomie,
 - m'aider à me réinsérer socialement ou professionnellement...

Pour établir ma demande, je me procure un dossier :

- en contactant le Bureau accompagnement du blessé du DSBP au 04.94.16.96.20 ou par courrier,
- en téléchargeant les formulaires « Demande de secours et de prestations complémentaires » ([Cerfa 15929 pour la partie administrative](#) et [Cerfa 15931 pour la partie médicale](#)) sur le site Internet : www.cnmss.fr,
- en me rapprochant des services de l'ONaC-VG.

Une fois complétée, je retourne ma demande, accompagnée des pièces justificatives sollicitées, à l'adresse indiquée sur le formulaire administratif.

Après le passage en commission de mon dossier, le secrétariat de la CSPC me notifie sa décision (accord ou refus éventuel), ainsi que, le cas échéant, le montant accordé.



Je réside dans les DROM/COM

La CNMSS/DSBP prend également en charge, l'ensemble des prestations médicales, paramédicales, chirurgicales, pharmaceutiques ou d'appareillage, qui sont dues aux pensionnés bénéficiaires des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG, résidant dans les DROM/COM.

Néanmoins, compte tenu de l'éloignement géographique, je bénéficie d'un service de proximité auprès de l'Office national des combattants et des victimes de guerre (ONaC-VG), qui demeure mon interlocuteur privilégié.

Je retrouve les coordonnées de l'ONaC-VG sur le site Internet : <https://www.onac-vg.fr/contact>

✈ **MES DÉPLACEMENTS VERS LA MÉTROPOLE**

Je dois me rendre en métropole pour une hospitalisation, une cure thermique ou une prestation d'appareillage, autorisée au préalable par la CNMSS/DSBP.

Je bénéficie de la procédure dite de « réquisition de passage », qui permet la dispense d'avance des frais dans le cadre des transports aériens (procédure mise en place entre les services de l'ONaC-VG concernés, l'organisme de voyage et le DSBP de la CNMSS).

✈ **LE REMBOURSEMENT DE MES FRAIS DE SOINS, AU TITRE DE L'ARTICLE L.212-1 DU CPMIVG, DANS LES DROM/COM**

Dans les DROM, je bénéficie des mêmes conditions de prise en charge que celles prévues en métropole.

Dans les COM, les cotations et les bases tarifaires de la métropole ne sont pas applicables ; néanmoins, mes frais sont remboursés dans les conditions prévues par la législation dans les COM.



Mes contacts

Le Département soins et suivi du blessé et du pensionné (DSBP) de la CNMSS

Je contacte le DSBP pour :

- obtenir des informations concernant la prise en charge de mes soins dispensés au titre des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG,
- obtenir un nouveau carnet de soins médicaux,
- obtenir un formulaire de prise en charge (demande de cure thermale, par exemple),
- signaler un changement de situation (nouvelle adresse, changement de RIB, décès...).

Je n'oublie pas d'indiquer mon numéro de sécurité sociale lors de tout contact avec la CNMSS.



Je peux adresser mes demandes ou faire certaines démarches depuis le site Internet de la CNMSS : www.cnmss.fr

Je peux contacter le DSBP par téléphone au : **04.94.16.96.20**

Je peux faire ma demande par écrit à l'adresse suivante :

CNMSS / DSBP
TSA 41001
83090 TOULON cedex 9

Pour un contact direct, je peux me rendre à la :

CNMSS
247 avenue Jacques Cartier
à TOULON (VAR)



Les services de l'ONaC-VG

J'ai besoin de renseignements relevant de la compétence de l'Office national des combattants et des victimes de guerre (ONaC-VG).

Je peux retrouver les coordonnées du service de l'ONaC-VG sur le site Internet :

www.onac-vg.fr/contact

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Les MDPH peuvent éventuellement intervenir pour des aides financières et/ou techniques, en matière de compensation du handicap (participation pour l'emploi d'une auxiliaire de vie, aménagement du domicile ou du véhicule, etc.).

Les coordonnées du réseau départemental sont consultables sur le site Internet :

annuaire.service-public.fr

Mes recours en cas de litige

J'ai reçu une décision défavorable de prise en charge de mes prestations de soins médicaux ou d'appareillage relevant des articles L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG, de la part de la CNMSS/DSBP.

✚ JE PEUX FORMULER UN RECOURS GRACIEUX AUPRÈS DU DIRECTEUR DE LA CNMSS

J'adresse ma réclamation à la :

CNMSS / DSBP

Bureau réglementation et contentieux

Section études et réglementation

TSA 41001

83090 TOULON cedex 9

✚ JE PEUX FORMULER UN RECOURS DEVANT LA COMMISSION DE RECOURS DE L'INVALIDITÉ (CRI)

Toute décision est également susceptible d'un recours devant la CRI, sise, 14 rue Saint Dominique - 75700 PARIS SP 07.

Mon recours doit être formulé auprès de cette commission, dans un délai de 6 mois à compter du jour de réception de la décision, par tout moyen permettant d'en établir la date de réception (lettre recommandée avec ou sans accusé de réception notamment).

La saisine de la CRI est un préalable obligatoire à l'exercice d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent.

✚ JE NE SUIS PAS SATISFAIT DE LA DÉCISION DE LA CRI

A compter de la notification de la décision de la CRI, je dispose d'un délai de 2 mois pour saisir le tribunal administratif compétent au regard de mon lieu de résidence.





Directeur de publication : Thierry Barrandon
Réalisation conception : Département Soins et suivi du blessé et du pensionné (DSBP) /
Département Identification et Prestations (DIP/SRC) Pôle communication de proximité
Edition : avril 2023