



Hospitalisation

Vous pouvez choisir l'établissement qui vous accueillera.

Les formalités sont simplifiées.

Il suffit de présenter votre carte Vitale ou votre attestation de droits CNMSS (format papier), éventuellement votre carte de complémentaire santé.

VOIR AUSSI

- ▶ [la rubrique relative à la "Carte Vitale"](#)



Vous pouvez télécharger et imprimer vous-même votre attestation de droits en vous connectant à votre "[Compte en ligne](#)" [↗](#).

Pensionné au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG (ex L.115)

Si votre hospitalisation est en rapport avec une affection pour laquelle vous êtes pensionné au titre de l'article L.212-1, veuillez consulter la rubrique de l'[hospitalisation dans l'espace Ancien Combattant](#).

Transport

La CNMSS participe aux dépenses de transport dans la double limite du trajet entre l'établissement approprié le plus proche de son domicile et du moyen de transport le plus économique compatible avec son état de santé.

VOIR AUSSI

- ▶ la rubrique dédiée au [remboursement des frais de transport](#)

Taux de prise en charge

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'assurance maladie au taux de 80 % ou 100 % en cas d'exonération.

VOIR AUSSI

- ▶ la page des "[Conseils en cas d'hospitalisation](#)"

Restent à votre charge :

- > le ticket modérateur, soit 20 % de la facture, sauf lorsqu'il est pris en charge à 100 %.
(Voir rubrique [ticket modérateur](#))
- > les suppléments pour convenance personnelle (chambre particulière, téléphone, etc) et les dépassements d'honoraires
- > le forfait journalier pour chaque journée passée dans l'établissement : il s'agit d'une participation aux frais d'hébergement et d'entretien

Le forfait journalier peut être pris en charge par la [CNMSS](#) pour

- > les victimes dont l'hospitalisation est en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle.
- > les nouveau-nés hospitalisés au cours des 30 jours suivant la naissance.
- > les prématurés hospitalisés dans un centre ou un service hospitalisé agréé.
- > les patientes hospitalisées pour IVG thérapeutique ou fausse couche sous conditions.
- > les bénéficiaires de l'assurance maternité hospitalisées pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant les 12 jours suivant l'accouchement.
- > les bénéficiaires de l'article L. 212-1 (ex L.115) du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qu'ils soient assurés ou ayants droit.
- > les enfants ou adolescents handicapés de moins de 20 ans hébergés ou hospitalisés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle.
- > les donneurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L.1211-2 du Code de la santé publique.



Attention, certaines cliniques n'étant pas conventionnées, l'assuré doit régler la totalité des frais d'hospitalisation directement à la clinique.

La [CNMSS](#) rembourse ensuite une partie des frais de séjour et des honoraires médicaux, sur présentation des factures acquittées.

Dans cette rubrique

- > [Conseils en cas d'hospitalisation](#)