

Individuels

Groupe des particuliers



Annexe au Règlement mutualiste



TABLEAUX DES PRESTATIONS SANTÉ
COLLÈGE DES INDIVIDUELS
Applicables à compter du 1^{er} janvier 2017



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

SOMMAIRE

OPERATIONS INDIVIDUELLES

1 à 38

1	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Etoffes	4
2	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Modélia	6
3	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Aminima	9
4	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Médecines Douces	10
5	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Fruits	12
6	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Fruits (garanties plus)	14
7	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Fruits (garanties Sup')	16
8	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Accueil	18
9	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Accueil (garanties plus)	20
10	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Accueil (garanties Sup')	22
11	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Mers Accueil	24
12	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Mers Accueil (garanties plus)	26
13	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Mers Accueil (garanties Sup')	28
14	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Océanile Accueil	30
15	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Océanile Accueil (garanties plus)	32
16	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Océanile Accueil (garanties Sup')	34
17	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Coup de pouce	36
18	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Garantie C	38

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

39

19	Délais de stage	Opérations individuelles et collectives	39
20	Détail des typologies d'équipements optiques		39
21	Liste des actes de prévention remboursés au moins au Ticket modérateur		39
22	Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire		39

1 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Etoffes

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

	Nylon	Laine	Coton	Lin	Soie	Satin
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE						
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers						
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ⁽¹⁾	100%	100%	140%	200%	270%	350%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	120%	180%	200%	200%
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	(plafond/jour) -	20 €	30 €	35 €	45 €	60 €
Appareillage post opératoire non pris en charge	(plafond/an) -	-	50 €	60 €	80 €	100 €
Etablissements conventionnés						
Frais de séjour ⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	(plafond/jour) -	30 €	45 €	60 €	90 €	140 €
Etablissements non conventionnés						
Frais de séjour	(Plafond/jour limité à 3 500 €/an) -	-	60 €	90 €	120 €	150 €
Chambre particulière						
SOINS COURANTS						
Consultations / visites généralistes et spécialistes						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	140%	200%	270%	350%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	120%	180%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	140%	200%	270%	350%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	120%	180%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	150%	200%	250%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	150%	300%
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an) -	-	80 €	120 €	150 €	175 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) -	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Fécondation in vitro non prise en charge	(plafond/an) -	-	-	100 €	200 €	300 €
Analyses hors nomenclature	(plafond/an) -	-	-	100 €	200 €	400 €
Psychothérapie	(plafond/séance/maxi 4 séances/an) -	-	-	30 €	40 €	50 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien)	(plafond/séance/maxi 4 séances/an) -	20 €	30 €	35 €	40 €	50 €
PHARMACIE						
Pharmacie remboursée à 65% et 30% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O.	-	-	100%	100%	100%	100%
Automédication (médicaments inscrits au Vidal et remboursés par le R.O.) ⁽⁵⁾	(plafond/an) -	-	15 €	30 €	40 €	50 €
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause non remboursés par le R.O.	(plafond/an) -	-	-	30 €	40 €	50 €
Substituts nicotiques remboursés ou non par le R.O.	(plafond/an) 50 €	50 €	50 €	70 €	70 €	70 €
Vaccin non pris en charge	(plafond/an) -	-	-	30 €	40 €	50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(plafond/an) 12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE						
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	140%	140%	200%	270%	350%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	-	100%	100%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* ⁽⁶⁾	-	100%	100%	150%	200%	250%
*Dans la limite d'un plafond annuel de	-	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée**	-	100%	100%	200%	300%	400%
*Dans la limite d'un plafond annuel de	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
Orthodontie refusée	(plafond/an) -	-	-	-	300 €	400 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	(plafond/an) -	100 €	100 €	200 €	400 €	800 €

1 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Etoffes (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

		Nylon	Laine	Coton	Lin	Soie	Satin
OPTIQUE⁽⁷⁾							
Equipement simple : monture + 2 verres simples		100%	150 €	200 €	250 €	325 €	400 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100%	200 €	200 €	250 €	325 €	400 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe		100%	200 €	200 €	250 €	325 €	400 €
Lentilles acceptées	(plafond/an)	100%	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 250 €	100% + 325 €	100% + 400 €
Lentilles refusées	(plafond/an)	-	150 €	200 €	250 €	325 €	400 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par oeil) hors honoraires	(plafond/an)	-	100 €	100 €	200 €	300 €	400 €
APPAREILLAGE							
Prothèses auditives acceptées	(plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an)	100%	100%	100% + 170 €	100% + 220 €	100% + 370 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées	(plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an)	-	-	130 €	150 €	230 €	300 €
Gros appareillage (y compris pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁸⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾		100%	100%	200%	250%	300%	400%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an)	-	-	400 €	400 €	400 €	400 €
CURE							
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹⁰⁾	(plafond/an)	-	-	120 €	150 €	300 €	400 €
ALLOCATIONS							
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire)	-	-	100 €	150 €	200 €	300 €
Enfant né sans vie ⁽¹²⁾	(Allocation forfaitaire)	-	-	150 €	200 €	250 €	350 €
Obsèques (âge limite à 75 ans)		-	-	200 €	300 €	450 €	600 €
PRÉVENTION							
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICES							
Assistance ⁽¹³⁾ : aide ménagère, accompagnement social, information par téléphone		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass Sports ⁽¹⁴⁾		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1 € ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ Médicaments à prescription facultative, inscrits au Vidal, remboursés par le R.O. lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume...)

⁽⁶⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁷⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁸⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁹⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽¹⁰⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹¹⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples.

⁽¹²⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS)

2 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Modélia

Module n°1 (niveau 1 à 6) + **module n°2** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module n°3** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module n°4** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module POP** ou **LIGHT** ou **ZEN** (= niveau du module n°1)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Module n°1 : Pharmacie et soins courants						
Consultations / visites généralistes						
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ⁽¹⁾	100%	100%	150%	250%	350%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	130%	200%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes						
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ⁽¹⁾	150%	150%	150%	250%	350%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	250%	350%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	200%	200%	200%
Analyses biologiques, Auxiliaires médicaux	100%	100%	150%	250%	350%	500%
Examens prescrits hors nomenclatures	-	-	-	-	30% FR limité à 200€ / an	60% FR limité à 300€ / an
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 65% et à 30% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 15% par le R.O.	15%	15%	15%	100%	100%	100%
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le R.O. (hors contraception)	-	-	-	50 €	70 €	90 €
Prévention						
Médecines complémentaires (ostéopathie, acupuncture, chiropractie, homéopathie) ET diététiques (limité 30€ / séance)	-	-	90 € / an	120 € / an	150 € / an	180 € / an
Psychologue : consultation en cas d'ALD ou de choc post traumatique (limité 40€ / séance) ⁽²⁾	-	60 € / an	80 € / an	120 € / an	160 € / an	180 € / an
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Module n°2 : Hospitalisation						
Honoraires praticiens hospitaliers ⁽³⁾⁽⁴⁾						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	200%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	180%	200%	200%	200%
Frais de séjour (établissement conventionné) ⁽³⁾⁽⁴⁾	150%	150%	200%	300%	400%	500%
Frais de séjour (établissement non conventionné) ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%	150%	250%	300%	400%
Chambre particulière (hors maternité) (établissement conventionné) ⁽⁵⁾	-	40 € / j	60 € / j	80 € / j	120 € / j	150 € / j
Chambre particulière (hors maternité) (établissement non conventionné) ⁽⁵⁾	-	25 € / j	40 € / j	55 € / j	70 € / j	90 € / j
Médicale et chirurgicale						
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R322-8 1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Plafond hospitalisation (établissement non conventionné - incluant frais de séjour et chambre particulière)	3800 €	3800 €	3800 €	3800 €	3800 €	3800 €
Frais de séjour acceptés en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (dans un établissement hospitalier conventionné)	-	-	-	80 € / j (30 j / an)	100 € / j (45 j / an)	120 € / j (60 j / an)
Transport pris en charge sur prescription (hors cures thermales)	100%	100%	150%	150%	200%	200%
Frais de déplacement d'accompagnant si hôpital > 80km du domicile ⁽⁶⁾	-	-	120 €	160 €	200 €	240 €
Frais d'hébergement d'accompagnant ⁽⁷⁾	-	-	80 € / j (10 j / an)	80 € / j (10 j / an)	80 € / j (10 j / an)	80 € / j (10 j / an)
Psychiatrie						
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prévoyance						
Allocations obsèques (limite d'âge 70 ans)	120 €	160 €	160 €	240 €	300 €	360 €
Module n°3 : Dentaire et optique						
Dentaire						
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	200%	300%	400%	500%
Prothèses dentaires fixes sur position visible et invisible remboursées par le R.O. ⁽⁸⁾⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément prothèses dentaires remboursées par le R.O. (sur dents visibles et invisibles) ⁽⁸⁾⁽¹⁾⁽⁸⁾	-	50%	100%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (remboursements complémentaires sur dents visibles) ⁽⁸⁾⁽²⁾	-	-	+50%	+50%	+50%	+50%
Autres actes prothétiques dentaires remboursés par le R.O. ⁽⁹⁾	100%	100%	200%	300%	400%	500%
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	-	100 € / an	200 € / an	300 € / an	450 € / an	800 € / an
Limite annuelle de remboursement prothèses et implantologie dentaires (année 1 / année 2 / année 3)	300 € / 600 € / 1000 €	500 € / 1000 € / 1500 €	700 € / 1400 € / 2000 €	800 € / 1600 € / 2500 €	1000 € / 2000 € / 3000 €	1200 € / 2400 € / 3500 €
Optique (+18 ans)⁽¹⁰⁾						
Equipement simple : monture + 2 verres simples (plafond biennal dont maxi 150 € pour la monture)	55 €	80 €	150 €	220 €	300 €	400 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (plafond biennal dont maxi 150 € pour la monture)	200 €	200 €	200 €	270 €	400 €	500 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe (plafond biennal dont maxi 150 € pour la monture)	200 €	200 €	200 €	270 €	400 €	500 €
Lentilles remboursées par le R.O.	100% + 30 €	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 100 €	100% + 125 €	100% + 150 €
Lentilles non remboursées par le R.O. (plafond par an)	30 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires hors honoraires	-	-	150 €	200 €	250 €	300 €
Module n°4 : Appareillage et cure						
Petits appareillages et autres dispositions médicaux ⁽¹¹⁾	100%	100%	120%	150%	200%	300%
Gros appareillages (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par R.O.) ⁽¹²⁾	100%	100%	100%	120%	150%	200%
Prothèses auditives acceptées	100%	100%	120%	150%	200%	300%
Plafond complémentaires progressif sur appareillage et prothèses auditives (année 1 / année 2 / année 3) ⁽¹³⁾ (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-	50 € / 75 € / 100 €	100 € / 150 € / 200 €	150 € / 200 € / 300 €	200 € / 250 € / 400 €	250 € / 300 € / 450 €
Limite annuelle acoustique et gros appareillages	-	500 €	800 €	1100 €	1300 €	1500 €
Cures thermales acceptées	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Plafond complémentaire cures thermales	-	-	75 €	175 €	250 €	350 €

2 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Modélia (suite)

Module n°1 (niveau 1 à 6) + **module n°2** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module n°3** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module n°4** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module POP** ou **LIGHT** ou **ZEN** (= niveau du module n°1)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

MODULES COMPLÉMENTAIRES

	Base	Base	Plus	Confort	Top	Top
Module POP						
Automédication (médicaments inscrits au Vidal et remboursés par le R.O.) ⁽¹⁴⁾	25 €	25 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Test de grossesse	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Dépenses de santé à l'étranger ⁽¹⁵⁾	-	-	50 €	80 €	80 €	80 €
Contraceptifs masculins et féminins ⁽¹⁶⁾	30 €	30 €	50 €	70 €	70 €	70 €
Sevrage tabagique (traitement par substituts nicotiniques)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Vaccins internationaux	-	-	-	50 €	50 €	50 €
Chambre particulière maternité (établissement conventionné)	40 €/j) 12 j / an	40 €/j) 12 j / an	60 €/j) 12 j / an	80 €/j) 12 j / an	80 €/j) 12 j / an	80 €/j) 12 j / an
Chambre particulière maternité (établissement non conventionné)	25 €/j	25 €/j	40 €/j	55 €/j	55 €/j	55 €/j
Allocation naissance ou adoption (par enfant) ⁽¹⁷⁾	100 €	100 €	150 €	200 €	200 €	200 €
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ⁽²²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽²³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

	Base	Base	Plus	Confort	Top	Top
Module LIGHT						
Automédication (médicaments inscrits au Vidal et remboursés par le R.O.) ⁽¹⁴⁾	-	-	20 €	30 €	40 €	40 €
Test de grossesse	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Traitement stérilité, fécondation in vitro	100 €	100 €	150 €	250 €	350 €	350 €
Contraceptifs masculins et féminins ⁽¹⁶⁾	30 €	30 €	50 €	70 €	90 €	90 €
Sevrage tabagique (traitement par substituts nicotiniques)	30 €	30 €	50 €	70 €	90 €	90 €
Psychologue infantile ou psychomotricien (enfant - de 16 ans, limité 30€ par séance)	-	-	90 €/an /enfant assuré	120 €/an /enfant assuré	150 €/an /enfant assuré	150 €/an /enfant assuré
Psychologue : aide à la parentalité et guidance parentale (limité 30€ par séance)	-	-	90 €/an /famille assurée	120 €/an /famille assurée	150 €/an /famille assurée	150 €/an /famille assurée
Frais de lit d'accompagnant pour enfant - de 16 ans ⁽¹⁸⁾ (par hospitalisation)	60 €	60 €	100 €	140 €	180 €	180 €
Chambre particulière maternité (établissement conventionné)	40 €/j) 12 j / an	40 €/j) 12 j / an	60 €/j) 12 j / an	80 €/j) 12 j / an	100 €/j) 12 j / an	100 €/j) 12 j / an
Chambre particulière maternité (établissement non conventionné)	25 €/j	25 €/j	40 €/j	55 €/j	70 €/j	70 €/j
Allocation naissance ou adoption (par enfant) ⁽¹⁷⁾	100 €	100 €	150 €	200 €	250 €	250 €
Plafond complémentaire progressif implantologie (année 1 / année 2 / année 3)	25 € / 50 € / 100 €	25 € / 50 € / 100 €	50 € / 75 € / 125 €	75 € / 100 € / 150 €	100 € / 150 € / 200 €	100 € / 150 € / 200 €
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément au ticket modérateur orthodontie acceptée**	25%	25%	75%	200%	300%	300%
Orthodontie refusée**	100 €	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €
Limite annuelle de remboursement orthodontie (année 1 / année 2 / année 3)	1500 € / 2000 € / 2500 €	1500 € / 2000 € / 2500 €	1500 € / 2000 € / 2500 €	1500 € / 2000 € / 2500 €	1500 € / 2000 € / 2500 €	1500 € / 2000 € / 2500 €
Optique (- 18 ans)						
Équipement simple : monture + 2 verres simples	60 €	60 €	90 €	120 €	150 €	150 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (dont 150 € maximum pour la monture) ⁽¹⁹⁾	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe (dont 150 € maximum pour la monture) ⁽¹⁹⁾	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Lentilles remboursées par le RO (plafond par an)	100% + 60 €	100% + 60 €	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 150 €
Lentilles non remboursées par le RO (plafond par an)	60 €	60 €	90 €	120 €	150 €	150 €
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ⁽²²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽²³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

	Base	Base	Plus	Confort	Top	Top
Module ZEN						
Pédicure, podologie (limité 30 € par séance) ⁽¹⁹⁾	50 €	50 €	75 €	100 €	150 €	150 €
Protection pour incontinence	50 €	50 €	75 €	100 €	150 €	150 €
Dépistage des troubles de l'audition ⁽²⁰⁾	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Ostéodensitométrie ou mammographie non remboursée	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Bilan mémoire ⁽²¹⁾	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Vaccins internationaux et anti grippal (avant 65 ans)	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Consultation psychologique : passage à la retraite, destructure familiale, syndrome dépressif lié à la ménopause (limité 30€ par séance)	-	-	90 €/ assuré	120 €/ assuré	150 €/ assuré	150 €/ assuré
Frais de lit d'accompagnant pour assuré de + 75 ans ⁽¹⁸⁾ (par hospitalisation)	100 €	100 €	140 €	180 €	180 €	180 €
Parodontologie (actes dentaires hors nomenclature) (année 1 / année 2 / année 3)	50 € / 75 € / 100 €	50 € / 75 € / 100 €	75 € / 100 € / 150 €	100 € / 150 € / 200 €	150 € / 200 € / 300 €	150 € / 200 € / 300 €
Opération de la cataracte : implants toriques ou multifocaux (année 1 / année 2 / année 3)	50 € / 75 € / 100 €	50 € / 75 € / 100 €	75 € / 100 € / 150 €	100 € / 150 € / 200 €	150 € / 200 € / 300 €	150 € / 200 € / 300 €
Accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) (année 1 / année 2 / année 3)	50 € / 75 € / 100 €	50 € / 75 € / 100 €	75 € / 100 € / 125 €	100 € / 125 € / 150 €	125 € / 150 € / 175 €	125 € / 150 € / 175 €
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ⁽²²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽²³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

2 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Modélia (suite)

Module n°1 (niveau 1 à 6) + **module n°2** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module n°3** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module n°4** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **module POP** ou **LIGHT** ou **ZEN** (= niveau du module n°1)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

Au sein de la gamme Modulaire Modélia, la CCMO Mutuelle propose des formules prépackagées :

LES PRÉPACKAGÉS MODÉLIA

	Pharmacie et soins courants	Hospitalisation	Dentaire / optique	Appareillage et cure	Module complémentaire
Formule					
Jeune/POP_BASE1	Niveau 1	Niveau 1	Niveau 1	Niveau 1	Module POP niveau Base
Jeune/POP_BASE2	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 1	Module POP niveau Base
Jeune/POP_PLUS	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 2	Module POP niveau Plus
Famille/LIGHT_BASE	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 1	Module LIGHT niveau Base
Famille/LIGHT_PLUS	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 2	Module LIGHT niveau Plus
Famille/LIGHT_CONF2	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 3	Module LIGHT niveau Confort
Famille/LIGHT_TOP2	Niveau 5	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 4	Module LIGHT niveau Top
Séniort/ZEN_BASE2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Module ZEN niveau Base
Séniort/ZEN_PLUS2	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 5	Niveau 4	Module ZEN niveau Plus
Séniort/ZEN_CONF2	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 6	Niveau 6	Module ZEN niveau Confort

A compter du 01/01/2012, les formules prépackagées suivantes ne sont plus ouvertes à l'adhésion de nouveaux membres à titre particulier.

	Pharmacie et soins courants	Hospitalisation	Dentaire / optique	Appareillage et cure	Module complémentaire
Formule					
Famille/LIGHT_CONF	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 3	Module LIGHT niveau Confort
Famille/LIGHT_TOP	Niveau 5	Niveau 5	Niveau 5	Niveau 4	Module LIGHT niveau Top
Séniort/ZEN_BASE	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Module ZEN niveau Base
Séniort/ZEN_PLUS	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 5	Niveau 4	Module ZEN niveau Plus
Séniort/ZEN_CONF	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 6	Niveau 6	Module ZEN niveau Confort

Informations supplémentaires du tableau de garantie

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMÉES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES AU TICKET MODÉRATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

Pour les actes de prévention ostéodensitométrie et détartrage définis par l'arrêté du 8 juin 2006, se référer au poste soins dentaires (pour le détartrage) et au poste actes techniques (pour l'ostéodensitométrie). Les délais de stage applicables aux présentes garanties sont détaillés dans les règles de gestion du règlement mutualiste.

(1) Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

(2) Consultation réalisée par un psychologue diplômé. Choc post traumatique : constaté par certificat médical d'un médecin. Fournir attestation de reconnaissance ALD ou certificat médecin + facture précisant les coordonnées complètes du praticien et le diplôme de sa spécialité.

(3) Excluant les maisons de repos, de convalescence ou de rééducation.

(4) Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. Télévision prise en charge après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) dans la limite de 2€ par jour.

(5) L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

(6) Frais de déplacement (voiture particulière, taxi, train) entre le lieu de résidence et le lieu d'hospitalisation. Le lieu d'hospitalisation doit être un établissement conventionné et demandé par le médecin traitant (sauf en cas d'urgence). En cas d'usage du véhicule personnel, remboursement sur la base d'un forfait de 0,5€ / km.

(7) Frais d'hébergement (limités exclusivement à la chambre et au petit déjeuner) dans un hôtel proche du lieu d'hospitalisation.

(8¹⁾ Prothèses fixes métalliques ou céramiques et couronne implanto-portée.

(8²⁾ Prothèses fixes métalliques ou céramiques et couronne implanto-portée en localisation unitaire sur canines incisives et prémolaires.

(9) Dont prothèses fixes métalliques ou céramiques et couronne implanto-portée en localisation unitaire sur molaires et dents de sagesse ou en localisation plurale.

(10) Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

(11) Orthopédie, appareillages et accessoires acceptés par le RO, à l'exception des prothèses optiques et auditives, des podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants et des véhicules pour handicapés.

(12) Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants, fauteuil roulant, poussette, tricycle et chassis acceptés par le RO.

(13) Intègre un réglage maximum par an et par prothèse pour les prothèses auditives.

(14) 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,...).

(15) Nature des frais ouvrant droit au plafond : frais non remboursés par le RO incluant honoraires médicaux, frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien, frais d'ambulance prescrites par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche, frais d'hospitalisation à condition que le bénéficiaire soit jugé intransportable par décision d'un médecin ou d'un chirurgien, frais dentaires d'urgence.

(16) Stérilet, préservatif, patch, anneau, spermicides, pilule non remboursée par le RO achetés en pharmacie ou parapharmacie. Les pilules doivent avoir été prescrites.

(17) Prestation doublée en cas de naissance ou adoption multiple (si inscription dans les 2 mois). Prestation également versée pour les enfants nés sans vie.

(18) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de Parents, Foyers d'Accueil pour Familles de Malades Hospitalisés et structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

(19) Soins dispensés par des podologues diplômés. Les petits matériels, accessoires, produits ne sont pas pris en charge.

(20) Examen inscrit dans la liste des actes de prévention du contrat responsable : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, Audiom.

(21) Examen prescrit par un médecin, réalisé par un spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) et non remboursé par le RO.

(22) Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

(23) Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS)

FR : Frais réels RO : Régime obligatoire

3 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Aminima

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

Garantie non responsable.

	AMINIMA
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE	
Forfait hospitalier journalier secteur conventionné	Frais réels
Frais de séjour secteur conventionné ⁽¹⁾	Frais réels
Honoraires hospitalisation, actes de chirurgie et d'anesthésie	100% du TC
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels
Prise en charge de la dernière consultation pré-opératoire avec le chirurgien et l'anesthésiste et de la première consultation post opératoire avec le chirurgien	100% du TC
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné	Non
Transport accepté par le R.O. (pour l'entrée et la sortie de l'hospitalisation)	100% du TC
ALLOCATION	
Garantie Pass'Sports ⁽²⁾	Oui
ASSISTANCE	
Assistance santé CCMO Mutuelle ⁽⁴⁾	Oui

	AMINIMA PLUS
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE	
Forfait hospitalier journalier secteur conventionné	Frais réels
Frais de séjour secteur conventionné ⁽¹⁾	Frais réels
Honoraires hospitalisation, actes de chirurgie et d'anesthésie	100% du TC
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné	Non
Transport accepté par le R.O. (pour l'entrée et la sortie de l'hospitalisation)	100% du TC
MEDECINE ET SOINS MÉDICAUX	
Consultations visites ⁽²⁾	100% du TC
Actes de spécialistes (dont radiologie)	100% du TC
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100% du TC
Examens de laboratoire	100% du TC
PHARMACIE	
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100% du TM
ALLOCATION	
Garantie Pass'Sports ⁽³⁾	Oui
ASSISTANCE	
Assistance santé CCMO Mutuelle ⁽⁴⁾	Oui

TC : tarif de convention R.O. : Régime obligatoire

⁽¹⁾ Frais personnel non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2€ par jour.

⁽²⁾ En cas de consultation et de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstruit et du remboursement conventionnel reconstruit. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

La prise en charge des prestations liées à l'hospitalisation psychiatrique, à la cure de désintoxication, à un placement en établissement de santé en long séjour, est limitée à 45j/an.

Les remboursements CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du respect du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social.

Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire et les frais de transport sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations et franchises CCMO Mutuelle exprimées en montant ou % du PMSS interviennent sur le seul remboursement mutuelle. Les limitations par an s'entendent par année civile (à l'exception des prothèses dentaires).

Tiers payant : Pas d'avance de frais en pharmacie, hospitalisation en établissement conventionné, radiologie, analyses et en soins paramédicaux.

⁽³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

⁽⁴⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

4 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Médecines Douces

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

			NON RESPONSABLE	RESPONSABLES	
			NATURALIA ZEN	DOUCELIA ZEN	SERENILIA ZEN
THERAPIE COMPLÉMENTAIRE ⁽⁴⁾					
Acupuncture médicale Homéopathie médicale Médecine traditionnelle chinoise ^(b) Réflexologie ^(b) Naturopathie ^(b)	Sophrologie ^(b) Ostéopathie Etiopathie ^(b) , chiropratique ^(b) Massage Ayurveda ^(b) Shiatsu ^(b)	Yoga Lyengar Kinésiologie ^(b) Psychothérapie ^(c)	35€/ séance max 10/an	35€/ séance max 10/an	35€/ séance max 10/an
HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE					
Forfait journalier			Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R322-8 I du Code de la Sécurité sociale			Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers					
- Signataires du CAS ⁽¹⁾			375%	150%	375%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾			375%	130%	200%
Transport accepté par le R.O.			100%	100%	100%
Etablissements conventionnés					
Frais de séjour ⁽²⁾			Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽³⁾			(plafond/jour) 90€	50€	90€
Etablissements non conventionnés					
Frais de séjour ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾			(plafond/jour limité à 350€/an) 130€	130€	130€
Chambre particulière ⁽³⁾					
SOINS COURANTS					
Consultations / visites généralistes					
- Signataires du CAS ⁽¹⁾			-	100%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾			-	100%	200%
Consultations / visites spécialistes					
- Signataires du CAS ⁽¹⁾			-	150%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾			-	130%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)					
- Signataires du CAS ⁽¹⁾			-	100%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾			-	100%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.			-	100%	270%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.			-	100%	270%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R322-8 I du code de la Sécurité sociale			-	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux			-	100%	270%
Examens de laboratoire			-	100%	270%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.			(plafond/an) -	40€	40€
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par le R.O.			-	100%	100%
Homéopathie (65% RO) et (35% RO)			-	-	100%
Homéopathie (15% RO)			-	-	80%
DENTAIRE					
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)			-	100%	270%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)			-	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées ⁽⁵⁾			-	-	170%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾			-	100%	270%
Dans la limite d'un plafond annuel de			-	1 500€	2 400€
Orthodontie acceptée par le R.O.			-	100%	270%
OPTIQUE⁽⁶⁾					
Équipement simple : monture + 2 verres simples			(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) -	60€	470€
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe			-	200€	500€
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe			-	200€	500€
Lentilles acceptées			(plafond/an) -	100% + 60€	100% + 500€
Lentilles refusées			(plafond/an) -	60€	500€
APPAREILLAGE					
Prothèses auditives acceptées ou refusées			(plafond/prothèse limitée à 2 prothèses / an) -	100%	370%
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾			-	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.			(plafond/an) -	400€	400€
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾			-	100%	370%
CURE					
Cure thermale acceptée par le RO (sur la base d'une cure de 21 jours)			(plafond/an) -	60€	260€
ALLOCATION					
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽⁹⁾			(allocation forfaitaire) -	75€	260€
Allocation enfant né sans vie ⁽¹⁰⁾			(allocation forfaitaire) -	75€	260€
PREVENTION					
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.			-	Oui	Oui

4 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Médecines Douces (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

	NON RESPONSABLE	RESPONSABLES	
	NATURALIA ZEN	DOUCELIA ZEN	SERENILIA ZEN
SERVICES			
Assistance ⁽¹⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹²⁾	Oui	Oui	Oui

Les remboursements CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le Régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et les examens de laboratoire et les frais de transport sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le Régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soins, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du Régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du Régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

La prise en charge des prestations liées à l'hospitalisation psychiatrique est limitée à 45 j / an sur Naturalia Zen.

⁽⁴⁾ Les thérapies complémentaires sont remboursées par la CCMO sur la base des montants indiqués sans prise en charge par le Régime obligatoire (R.O.)

⁽⁵⁾ Accompagnement de soins hors d'un cadre réglementé, effectué après un diagnostic et/ou traitement médical auquel devra se conformer le thérapeute.

⁽⁶⁾ Accompagnement de soins effectués après un diagnostic et/ou traitement médical auquel devra se conformer le thérapeute.

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est limitée à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017). Elle est inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS.

⁽²⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) dans la limite de 2 € / jour.

⁽³⁾ Prise en charge limitée à 60 j / an en hospitalisation ; 45 j / an en psychiatrie ; 12 j / an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à la prise en charge de la chambre particulière.

⁽⁴⁾ Sur Naturalia Zen, la prise en charge globale est plafonnée à 3 500 € / bénéficiaire / an incluant les frais de séjour, la chambre particulière et le forfait hospitalier. Sur Doucelia Zen et Serenilia Zen, la prise en charge globale est plafonnée à 3 500 € / bénéficiaire / an incluant les frais de séjour et la chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillages et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹⁰⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de la survenance de l'évènement.

⁽¹¹⁾ Prestation assurée par un assistant partenaire.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

5 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

Non
responsable
↓

	A	B	Kiwano	Pomelo	Orangine	Mangue	Cassis	Litchee	Ananas	Grenade	Papaye	Goyave	Pépino	Pitaya
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE														
Forfait hospitalier	Frais réels													
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels													
Honoraires praticiens hospitaliers														
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	200%	350%	350%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	150%	130%	130%	130%	130%	130%	130%	180%	200%	200%	200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ <small>(plafond/jour)</small>	35 €	35 €	-	20 €	-	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés														
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	100%	100%	Frais réels									
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ <small>(plafond/jour)</small>	50 €	100 €	-	35 €	-	50 €	50 €	65 €	80 €	100 €	100 €	125 €	125 €	125 €
Etablissements non conventionnés														
Frais de séjour ⁽³⁾ <small>(plafond/jour limité à 3800€/an)</small>	100 €	135 €	-	-	-	-	-	100 €	110 €	135 €	-	150 €	150 €	150 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾														
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX														
Consultations / visites généralistes														
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	-	100%	100%	100%	120%	120%	150%	200%	300%	300%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes														
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	-	150%	150%	150%	150%	150%	150%	200%	300%	300%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	-	130%	130%	130%	130%	130%	130%	180%	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)														
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	-	100%	100%	100%	120%	120%	150%	200%	300%	300%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels									
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	300%
PHARMACIE														
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 65 % par le R.O.	100%	100%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 30 % par le R.O.	100%	100%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 15 % par le R.O.	100%	100%	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE⁽⁵⁾⁽⁶⁾														
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%	200%	150%	200%	400%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. <small>(y compris couronne implanto-portée)</small>	100%	100%	100%	150%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées [*]	45%	270%	-	-	-	50%	100%	50%	130%	210%	270%	250%	250%	300%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. [*] Dans la limite d'un plafond annuel de	75%	150%	160€	-	-	775€	1 160€	75%	125%	175%	200%	250%	250%	300%
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	150%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée ^{**}	150%	150%	-	-	-	50%	100%	100%	100%	150%	200%	300%	300%	300%
Orthodontie refusée ^{**} ^{**} Dans la limite d'un plafond annuel de	150%	150%	-	-	-	-	100%	-	100%	100%	150%	200%	200%	250%
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. <small>(prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)</small>	-	-	-	-	-	500€	500€	650€	650€	650€	-	-	-	800€
OPTIQUE⁽⁷⁾														
Equipeur simple : monture + 2 verres simples	50€	215€	100€	120€	100%	80€	150€	120€	160€	215€	300€	350€	350€	470€
Equipeur complexe : monture + au moins 1 verre complexe <small>(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)</small>	200€	275€	200€	120€	100%	200€	200€	200€	200€	275€	300€	350€	350€	500€
Equipeur très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200€	275€	200€	120€	100%	200€	200€	200€	200€	275€	300€	350€	350€	500€
Lentilles acceptées <small>(plafond/an)</small>	100% + 40€	100% + 275€	100% + 100€	120€	100%	100% + 80€	100% + 150€	100% + 120€	100% + 160€	100% + 215€	100% + 300€	100% + 350€	100% + 350€	100% + 500€
Lentilles refusées <small>(plafond/an)</small>	40€	275€	100€	120€	100%	80€	150€	120€	160€	215€	300€	350€	350€	500€
APPAREILLAGE														
Prothèses auditives acceptées (plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an)	100% + 520€	100% + 520€	100% + 160€	-	100%	100%	100% + 220€	100% + 270€	100% + 520€	100% + 520€	100% + 220€	100% + 520€	100% + 520€	100% + 620€
Prothèses auditives refusées (plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an)	-	-	-	-	-	-	150 €	175 €	300 €	300 €	150 €	300 €	300 €	500 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁸⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾	265%	265%	-	-	100%	150%	265%	200%	265%	265%	265%	300%	300%	400%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. <small>(plafond/an)</small>	400 €	400 €	-	-	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	700 €
CURE														
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹⁰⁾ <small>(plafond/an)</small>	165 €	400 €	-	-	-	120 €	100%	160 €	240 €	320 €	300 €	500 €	500 €	600 €

5 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

Non
responsable
↓

	A	B	Kiwano	Pomelo	Orangine	Mangue	Cassis	Litchee	Ananas	Grenade	Papaye	Goyave	Pépino	Pitaya
ALLOCATION														
Naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁾ (allocation forfaitaire)	240 €	240 €	-	-	-	120 €	-	160 €	160 €	240 €	-	380 €	400 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽²⁾ (allocation forfaitaire)	300 €	300 €	-	-	-	120 €	-	200 €	200 €	260 €	-	400 €	400 €	450 €
Obsèques (âge limité à 75 ans) (plafond/an)	320 €	320 €	-	-	-	-	-	320 €	320 €	385 €	-	800 €	800 €	800 €
PRÉVENTION														
Vaccin anti-grippe non remboursé (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	-	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ASSISTANCE														
Assistance Santé CCMO Mutuelle ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹⁴⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est limitée à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017). Elle est inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS.

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ Prothèse dentaire : Les remboursements de CCMO Mutuelle sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.

⁽⁶⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁷⁾ A l'exception de l'option POMELO, non responsable, le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €. Pour l'option POMELO, la consommation est limitée à un équipement par an.

⁽⁸⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁹⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽¹⁰⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹¹⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou son adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹²⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'événement.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

6 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

	A plus	B plus	Orangine plus	Mangue plus	Cassis plus	Litchée plus	Ananas plus	Grenade plus	Papaye plus	Goyave plus	Pépino plus	Pitaya plus
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE												
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers												
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	200%	350%	350%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%	130%	130%	130%	130%	180%	200%	200%	200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	35 €	35 €	-	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
(plafond/jour)												
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés												
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	50 €	100 €	-	50 €	50 €	65 €	80 €	100 €	100 €	125 €	125 €	125 €
(plafond/jour)												
Etablissements non conventionnés												
Frais de séjour ⁽³⁾												
(plafond/jour limité à 3800€/an)	100 €	135 €	-	-	-	100 €	110 €	135 €	-	150 €	150 €	150 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾												
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX												
Consultations / visites généralistes												
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	100%	100%	120%	120%	150%	200%	300%	300%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%	100%	100%	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes												
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%	200%	300%	300%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%	130%	130%	130%	130%	180%	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)												
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	100%	100%	120%	120%	150%	200%	300%	300%	400%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%	100%	100%	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	300%
PHARMACIE												
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 65 % par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 30 % par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 15 % par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE⁽⁵⁾⁽⁶⁾												
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%	200%	150%	200%	400%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées	45%	270%	-	50%	100%	50%	130%	210%	270%	250%	250%	300%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ^{**}	75%	150%	-	-	-	75%	125%	175%	200%	250%	250%	300%
^{**} Dans la limite d'un plafond annuel de	-	2 300€	-	775€	1 160€	1 160€	1 550€	1 900€	3 000€	3 000€	3 000€	3 500€
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée ^{***}	150%	150%	-	50%	100%	100%	100%	150%	200%	300%	300%	300%
Orthodontie refusée ^{***}	150%	150%	-	-	100%	-	100%	100%	150%	200%	200%	250%
^{***} Dans la limite d'un plafond annuel de	-	-	-	500€	500€	650€	650€	650€	-	-	-	-
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	800€
(plafond/an)												
OPTIQUE⁽⁷⁾												
Equipelement simple : monture + 2 verres simples	50€	215€	100%	80€	150€	120€	160€	215€	300€	350€	350€	470€
Equipelement complexe : (Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	200€	275€	100%	200€	200€	200€	200€	275€	300€	350€	350€	500€
monture + au moins 1 verre complexe												
Equipelement très complexe : (Plafond biennal)	200€	275€	100%	200€	200€	200€	200€	275€	300€	350€	350€	500€
monture + au moins 1 verre très complexe												
Lentilles acceptées (plafond/an)	100% + 40€	100% + 275€	100%	100% + 80€	100% + 150€	100% + 120€	100% + 160€	100% + 215€	100% + 300€	100% + 350€	100% + 350€	100% + 500€
Lentilles refusées (plafond/an)	40€	275€	100%	80€	150€	120€	160€	215€	300€	350€	350€	500€
APPAREILLAGE												
Prothèses auditives acceptées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 520€	100% + 520€	100%	100%	100% + 220€	100% + 270€	100% + 520€	100% + 520€	100% + 220€	100% + 520€	100% + 520€	100% + 620€
Prothèses auditives refusées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-	-	-	-	150 €	175 €	300 €	300 €	150 €	300 €	300 €	500 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁸⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾	265%	265%	100%	150%	265%	200%	265%	265%	265%	300%	300%	400%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	700 €
CURE												
Cure thermique acceptée par le R.O. ⁽¹⁰⁾ (plafond/an)	165 €	400 €	-	120 €	100%	160 €	240 €	320 €	300 €	500 €	500 €	600 €

6 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

	A plus	B plus	Orangine plus	Mangue plus	Cassis plus	Litchee plus	Ananas plus	Grenade plus	Papaye plus	Goyave plus	Pépino plus	Pitaya plus
ALLOCATION												
Naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁾ (allocation forfaitaire)	240 €	240 €	-	120 €	-	160 €	160 €	240 €	-	380 €	400 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽²⁾ (allocation forfaitaire)	300 €	300 €	-	120 €	-	200 €	200 €	260 €	-	400 €	400 €	450 €
Obsèques (âge limité à 75 ans) (plafond/an)	320 €	320 €	-	-	-	320 €	320 €	385 €	-	800 €	800 €	800 €
PRÉVENTION												
Vaccin anti-grippe non remboursé (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ASSISTANCE												
Assistance Santé CCMO Mutuelle ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹⁴⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE Plus												
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. (plafond/an)	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés. Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est limitée à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017). Elle est inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS.

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ Prothèse dentaire : Les remboursements de CCMO Mutuelle sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.

⁽⁶⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁷⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁸⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁹⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽¹⁰⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹¹⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou son adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹²⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

7 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

	A sup'	B sup'	Orangine sup'	Mangue sup'	Cassis sup'	Litchee sup'	Ananas sup'	Grenade sup'	Papaye sup'	Goyave sup'	Pépino sup'	Pitaya sup'	
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE													
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	200% 180%	350% 200%	350% 200%	400% 200%	
Frais d'accompagnement enfant < à 16 ans ;adulte > 75 ans ⁽²⁾ <small>(plafond/jour)</small>	35 €	35 €	-	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Etablissements conventionnés													
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ <small>(plafond/jour)</small>	50 €	100 €	-	50 €	50 €	65 €	80 €	100 €	100 €	125 €	125 €	125 €	
Etablissements non conventionnés													
Frais de séjour ⁽³⁾ <small>(plafond/jour limité à 3800€/an)</small>	100 €	135 €	-	-	-	100 €	110 €	135 €	-	150 €	150 €	150 €	
Chambre particulière ⁽⁴⁾													
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX													
Consultations / visites généralistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	120% 100%	120% 100%	150% 130%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	
Consultations / visites spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	120% 100%	120% 100%	150% 130%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	300%	
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	300%	
PHARMACIE													
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 65 % par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 30 % par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 15 % par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
DENTAIRE⁽⁵⁾⁽⁶⁾													
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%	200%	150%	200%	400%	
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. <small>(y compris coques implant-portée)</small>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées ⁷	45%	270%	-	50%	100%	50%	130%	210%	270%	250%	250%	300%	
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁸ Dans la limite d'un plafond annuel de	75% -	150% 2 300€	- -	- 775€	- 1 160€	- 1 160€	75% 1 550€	125% 1 900€	175% 3 000€	200% 3 000€	250% 3 000€	250% 3 000€	300% 3 500€
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée ⁹	150%	150%	-	50%	100%	100%	100%	150%	200%	300%	300%	300%	
Orthodontie refusée ¹⁰ ¹¹ Dans la limite d'un plafond annuel de	150% -	150% -	- -	- 500€	100% 500€	- 650€	100% 650€	100% 650€	150% -	200% -	200% -	250% -	
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. <small>(prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)</small> <small>(plafond/an)</small>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	800€	
OPTIQUE⁽⁷⁾													
Equipement simple : monture + 2 verres simples	50€	215€	100%	80€	150€	120€	160€	215€	300€	350€	350€	470€	
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe <small>(Plafond biennal donc 150 € maxi pour la monture)</small>	200€	275€	100%	200€	200€	200€	200€	275€	300€	350€	350€	500€	
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200€	275€	100%	200€	200€	200€	200€	275€	300€	350€	350€	500€	
Lentilles acceptées <small>(plafond/an)</small>	100% + 40€	100% + 275€	100%	100% + 80€	100% + 150€	100% + 120€	100% + 160€	100% + 215€	100% + 300€	100% + 350€	100% + 350€	100% + 500€	
Lentilles refusées <small>(plafond/an)</small>	40€	275€	100%	80€	150€	120€	160€	215€	300€	350€	350€	500€	
APPAREILLAGE													
Prothèses auditives acceptées <small>(plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an)</small>	100% + 520€	100% + 520€	100%	100%	100% + 220€	100% + 270€	100% + 520€	100% + 520€	100% + 220€	100% + 520€	100% + 520€	100% + 620€	
Prothèses auditives refusées <small>(plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an)</small>	-	-	-	-	150 €	175 €	300 €	300 €	150 €	300 €	300 €	500 €	
Gros appareillage <small>(y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.)⁽⁸⁾</small>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾	265%	265%	100%	150%	265%	200%	265%	265%	265%	300%	300%	400%	
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. <small>(plafond/an)</small>	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	700 €	
CURE													
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹⁰⁾ <small>(plafond/an)</small>	165 €	400 €	-	120 €	100%	160 €	240 €	320 €	300 €	500 €	500 €	600 €	

7 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

	A sup'	B sup'	Orangine sup'	Mangue sup'	Cassis sup'	Litchee sup'	Ananas sup'	Grenade sup'	Papaye sup'	Goyave sup'	Pépine sup'	Pitaya sup'
ALLOCATION												
Naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹¹⁾ (allocation forfaitaire)	240 €	240 €	-	120 €	-	160 €	160 €	240 €	-	380 €	400 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹²⁾ (allocation forfaitaire)	300 €	300 €	-	120 €	-	200 €	200 €	260 €	-	400 €	400 €	450 €
Obsèques (âge limité à 75 ans) (plafond/an)	320 €	320 €	-	-	-	320 €	320 €	385 €	-	800 €	800 €	800 €
PRÉVENTION												
Vaccin anti-grippe non remboursé (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ASSISTANCE												
Assistance Santé CCMO Mutuelle ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹⁴⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE Sup'												
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O (plafond/an)	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause (non prise en charge) (plafond/an)	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €
Fécondation in vitro non prise en charge (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Vaccins non pris en charge (plafond/an)	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans la cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés. Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est limitée à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017). Elle est inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS.

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ Prothèse dentaire : Les remboursements de CCMO Mutuelle sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.

⁽⁶⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁷⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁸⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁹⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽¹⁰⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹¹⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou son adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹²⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'événement.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

8 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérant à titre collectif.

	Active	Bien être	Equilibre	Confort
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE				
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	(plafond/jour) 35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	(plafond/jour) 50 €	100 €	65 €	80 €
Etablissements non conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	(plafond/jour limité à 3800€/an) 100 €	135 €	100 €	110 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾				
SOINS COURANTS				
Consultations / visites généralistes				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	120%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%
Consultations / visites spécialistes				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	120%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €
PHARMACIE				
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	(plafond/an) 50 €	50 €	50 €	50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(plafond/an) 12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE				
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implants-portée)	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées [*]	20%	245%	20%	125%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾	75%	150%	75%	100%
[*] Dans la limite d'un plafond annuel de	1 160 €	2 290 €	1 160 €	1 950 €
Orthodontie acceptée	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée ^{**}	125%	125%	125%	125%
Orthodontie refusée ^{**}	150%	150%	-	-
^{**} Dans la limite d'un plafond annuel de	-	-	1 000 €	1 000 €
OPTIQUE⁽⁶⁾				
Equipelement simple : monture + 2 verres simples	100 €	215 €	120 €	160 €
Equipelement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) 200 €	275 €	200 €	200 €
Equipelement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	275 €	200 €	200 €
Lentilles acceptées	(plafond/an) 100% + 40 €	100% + 275 €	100% + 120 €	100% + 190 €
Lentilles refusées	(plafond/an) 40 €	275 €	120 €	190 €
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 100% + 520 €	100% + 520 €	100%	100% + 270 €
Prothèses auditives refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) -	-	-	175 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an) 400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	265%	265%	120%	200%
CURE				
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/an) 165 €	400 €	160 €	160 €
ALLOCATION				
Naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire) 240 €	240 €	240 €	240 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire) 300 €	300 €	300 €	300 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	320 €	320 €	320 €	610 €
PRÉVENTION				
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICES				
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

8 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2€ par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150€.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

9 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérant à titre collectif.

	Active plus	Bien être plus	Equilibre plus	Confort plus
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE				
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	(plafond/jour) 35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	(plafond/jour) 50 €	100 €	65 €	80 €
Etablissements non conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	(plafond/jour limité à 3800€/an)			
Chambre particulière ⁽⁴⁾	100 €	135 €	100 €	110 €
SOINS COURANTS				
Consultations / visites généralistes				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	120%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%
Consultations / visites spécialistes				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	120%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €
PHARMACIE				
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques remboursés par le R.O.	(plafond/an) 50 €	50 €	50 €	50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(plafond/an) 12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE				
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implants-portée)	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées [*]	20%	245%	20%	125%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾	75%	150%	75%	100%
[*] Dans la limite d'un plafond annuel de	1 160 €	2 290 €	1 160 €	1 950 €
Orthodontie acceptée	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée ^{**}	125%	125%	125%	125%
Orthodontie refusée ^{**}	150%	150%	-	-
^{**} Dans la limite d'un plafond annuel de	-	-	1 000 €	1 000 €
OPTIQUE⁽⁶⁾				
Equipement simple : monture + 2 verres simples	100 €	215 €	120 €	160 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) 200 €	275 €	200 €	200 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	275 €	200 €	200 €
Lentilles acceptées	(plafond/an) 100% + 40 €	100% + 275 €	100% + 120 €	100% + 190 €
Lentilles refusées	(plafond/an) 40 €	275 €	120 €	190 €
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 100% + 520 €	100% + 520 €	100%	100% + 270 €
Prothèses auditives refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-	-	175 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an) 400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	265%	265%	120%	200%
CURE				
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/an) 165 €	400 €	160 €	160 €
ALLOCATION				
Naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire) 240 €	240 €	240 €	240 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire) 300 €	300 €	300 €	300 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	320 €	320 €	320 €	610 €
PRÉVENTION				
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICES				
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

9 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

		Active Plus	Bien être Plus	Equilibre Plus	Confort Plus
GARANTIE Plus					
Analyses hors nomenclature	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie	(plafond/séance/maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie	(plafond/séance/maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €
Substituts nicotiniques non pris en charge par le R.O.	(plafond/an)	60 €	60 €	60 €	60 €
Appareillage post opératoire non pris en charge	(plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

10 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Active Sup'	Bien être Sup'	Equilibre Sup'	Confort Sup'
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE				
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	(plafond/jour) 35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	(plafond/jour) 50 €	100 €	65 €	80 €
Etablissements non conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	(plafond/jour limité à 3800€/an) 100 €	135 €	100 €	110 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾				
SOINS COURANTS				
Consultations / visites généralistes				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	120%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%
Consultations / visites spécialistes				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	130%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	100%	120%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	100%	100%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/dan) 40 €	40 €	40 €	40 €
PHARMACIE				
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques remboursés par le R.O.	(plafond/dan) 50 €	50 €	50 €	50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(plafond/dan) 12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE				
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implants-portée)	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	20%	245%	20%	125%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾	75%	150%	75%	100%
*Dans la limite d'un plafond annuel de	1 160 €	2 290 €	1 160 €	1 950 €
Orthodontie acceptée	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**	125%	125%	125%	125%
Orthodontie refusée**	150%	150%	-	-
**Dans la limite d'un plafond annuel de	-	-	1 000 €	1 000 €
OPTIQUE⁽⁶⁾				
Equipement simple : monture + 2 verres simples	100 €	215 €	120 €	160 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) 200 €	275 €	200 €	200 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	275 €	200 €	200 €
Lentilles acceptées	(plafond/dan) 100% + 40 €	100% + 275 €	100% + 120 €	100% + 190 €
Lentilles refusées	(plafond/dan) 40 €	275 €	120 €	190 €
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 100% + 520 €	100% + 520 €	100%	100% + 270 €
Prothèses auditives refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)		-	175 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/dan) 400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	265%	265%	120%	200%
CURE				
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/dan) 165 €	400 €	160 €	160 €
ALLOCATION				
Naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire) 240 €	240 €	240 €	240 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire) 300 €	300 €	300 €	300 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	320 €	320 €	320 €	610 €
PRÉVENTION				
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICES				
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

10 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

		Active Sup'	Bien être Sup'	Equilibre Sup'	Confort Sup'
GARANTIE Sup'					
Analyses hors nomenclature	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie	(plafond/séance/maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie	(plafond/séance/maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €
Substituts nicotiniques non pris en charge par le R.O.	(plafond/an)	60 €	60 €	60 €	60 €
Appareillage post opératoire non pris en charge	(plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause (non prise en charge)	(plafond/an)	120 €	120 €	120 €	120 €
Fécondation in vitro (non prise en charge)	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par oeil)	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €
Vaccins non pris en charge	(plafond/an)	30 €	30 €	30 €	30 €
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an)	100 €	100 €	100 €	100 €

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans la cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

11 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Adriatique	Baltique	Caspienne	Egée	Ionienne	Koro	Manche	Tasman
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE								
Forfait hospitalier	Frais réels							
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	175% 155%	225% 205%	300% 200%	400% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	30 €	30 €	35 €	35 €	40 €	40 €	45 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels							
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	45 €	60 €	75 €	90 €	110 €	110 €	115 €	125 €
Etablissements non conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾ (plafond/jour limité à 3500€/an)	80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	130 €	150 €
SOINS COURANTS								
Consultations / visites généralistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	125% 105%	150% 130%	175% 155%	225% 205%	300% 200%	400% 200%	500% 200%
Consultations / visites spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	175% 155%	225% 205%	300% 200%	400% 200%	500% 200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	125% 105%	150% 130%	175% 155%	225% 205%	300% 200%	400% 200%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	50 €	60 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	20 €	25 €	30 €	30 €	35 €	40 €
PHARMACIE								
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives (plafond/an)	-	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans (plafond/an)	-	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
DENTAIRE								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	350%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées ^a	25%	125%	225%	175%	275%	325%	350%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 000 €	3 355 €	4 000 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	325%	350%	425%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	250 €	350 €	300 €	400 €	450 €	600 €	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾								
Equipelement simple : monture + 2 verres simples (Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	470 €	470 €
Equipelement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	610 €
Equipelement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 355 €	100% + 400 €	100% + 500 €	100% + 630 €
Lentilles refusées (plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par oeil) hors honoraires (plafond/an)	-	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE								
Prothèses auditives acceptées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 470 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	230 €	230 €	400 €	400 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	150%	200%	250%	300%	300%	400%	500%
CURE								
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾ (plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
ALLOCATION								
Naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾ (Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾ (Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1 200 €	1 500 €
PRÉVENTION								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui							
SERVICES								
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui							
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui							

11 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 euros par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

12 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Adriatique plus	Baltique plus	Caspienne plus	Egée plus	Ionienne plus	Koro plus	Manche plus	Tasman plus
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE								
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	(plafond/jour) 30 €	30 €	35 €	35 €	40 €	40 €	45 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	(plafond/jour) 45 €	60 €	75 €	90 €	110 €	110 €	115 €	125 €
Etablissements non conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	(plafond/jour limité à 3500€/an) 80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	130 €	150 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾								
SOINS COURANTS								
Consultations / visites généralistes								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	105%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	105%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an) -	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	50 €	60 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, acupuncture, diététicien)	(plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	-	20 €	25 €	30 €	30 €	35 €	40 €
PHARMACIE								
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives	(plafond/an) -	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans	(plafond/an) -	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
DENTAIRE								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	350%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	25%	125%	225%	175%	275%	325%	350%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽¹⁵⁾	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
* Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 000 €	3 355 €	4 000 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	325%	350%	425%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O.	(plafond/an) -	250 €	350 €	300 €	400 €	450 €	600 €	800 €
OPTIQUE⁽¹⁶⁾								
Equipement simple : monture + 2 verres simples	100 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	470 €	470 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) 200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	610 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Lentilles acceptées	(plafond/an) 100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 355 €	100% + 400 €	100% + 500 €	100% + 630 €
Lentilles refusées	(plafond/an) 80 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	(plafond/an) -	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE								
Prothèses auditives acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 470 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an) 230 €	230 €	400 €	400 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	150%	200%	250%	300%	300%	400%	500%
CURE								
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/an) -	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
ALLOCATION								
Naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire) 75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire) 100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1 200 €	1 500 €
PRÉVENTION								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

12 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Adriatique plus	Baltique plus	Caspienne plus	Egée plus	Ionienne plus	Koro plus	Manche plus	Tasman plus
SERVICES								
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE Plus								
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	Non	Non	Non	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Analyse hors nomenclature (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie (plafond/séance/maximum 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. (plafond/an)	60 €	60 €	60 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €
Pilules contraceptives (plafond/an)	-	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie (plafond/séance)	30 €	30 €	50 €	55 €	60 €	60 €	65 €	70 €
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) (plafond/an)	-	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 euros par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

13 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Adriatique Sup'	Baltique Sup'	Caspienne Sup'	Egée Sup'	Ionienne Sup'	Koro Sup'	Manche Sup'	Tasman Sup'
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE								
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	(plafond/jour) 30 €	30 €	35 €	35 €	40 €	40 €	45 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	(plafond/jour) 45 €	60 €	75 €	90 €	110 €	110 €	115 €	125 €
Etablissements non conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	(plafond/jour limité à 3500€/an) 80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	130 €	150 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾								
SOINS COURANTS								
Consultations / visites généralistes								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	105%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	105%	130%	155%	205%	200%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an) -	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	50 €	60 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien)	(plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	-	20 €	25 €	30 €	30 €	35 €	40 €
PHARMACIE								
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives	(plafond/an) -	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans	(plafond/an) -	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
DENTAIRE								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	350%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées [*]	25%	125%	225%	175%	275%	325%	350%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽¹⁵⁾	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
* Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 000 €	3 355 €	4 000 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	325%	350%	425%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O.	(plafond/an) -	250 €	350 €	300 €	400 €	450 €	600 €	800 €
(prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)								
OPTIQUE⁽¹⁶⁾								
Equipelement simple : monture + 2 verres simples	100 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	470 €	470 €
Equipelement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) 200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	610 €
Equipelement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Lentilles acceptées	(plafond/an) 100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 355 €	100% + 400 €	100% + 500 €	100% + 630 €
Lentilles refusées	(plafond/an) 80 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par oeil) hors honoraires	(plafond/an) -	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE								
Prothèses auditives acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 470 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an) 230 €	230 €	400 €	400 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	150%	200%	250%	300%	300%	400%	500%
CURE								
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/an) -	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
ALLOCATION								
Naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire) 75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire) 100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1 200 €	1 500 €
PRÉVENTION								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

13 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Adriatique Sup'	Baltique Sup'	Caspienne Sup'	Egée Sup'	Ionienne Sup'	Koro Sup'	Manche Sup'	Tasman Sup'
SERVICES								
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE Sup'								
Analyse hors nomenclature (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	50 €	55 €	60 €	60 €	65 €	70 €
Substituts nicotiniques non pris en charge par le R.O. (plafond/an)	60 €	60 €	60 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Pilules contraceptives et traitement de la ménopause (non pris en charge) (plafond/an/bénéficiaire)	120 €	120 €	120 €	180 €	180 €	180 €	180 €	180 €
Fécondation in vitro (non prise en charge) (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Vaccins non pris en charge (plafond/an)	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	100 €	100 €	100 €	225 €	225 €	225 €	225 €	225 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par oeil) (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	425 €	425 €	425 €	425 €	425 €

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimées en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 euros par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'événement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

14 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme océanile Accueil

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Rivage	Marine	Lagon	Embrun	Ecume	Dune	Alizés	Delta
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE								
Forfait hospitalier	Frais réels							
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Honoraires praticiens hospitaliers								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels							
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	45 €	60 €	75 €	90 €	90 €	90 €	90 €	125 €
Etablissements non conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾ (plafond/jour limité à 3500€/an)	80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	120 €	150 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾								
SOINS COURANTS								
Consultations / visites généralistes								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	105%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)								
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	105%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	60 €
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	-	-	15 €	15 €	40 €
PHARMACIE								
Pharmacie remboursée par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O. (plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans (plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Vaccin anti-grippe (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées ⁽⁵⁾	25%	125%	225%	175%	325%	175%	325%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
⁽⁷⁾ Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 355 €	2 440 €	3 355 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	350%	300%	350%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
Implantologie dentaire (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	800 €
OPTIQUE⁽⁸⁾								
Equipeur simple : monture + 2 verres simples (Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Equipeur complexe : monture + au moins 1 verre complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	610 €
Equipeur très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	630 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 470 €
Lentilles refusées (plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE								
Prothèses auditives acceptées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾	100%	150%	200%	250%	250%	250%	250%	500%
CURE								
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾ (plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
ALLOCATION								
Allocation naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾ (Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾ (Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	900 €	1 500 €
PRÉVENTION								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui							

14 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme océanile Accueil (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Rivage	Marine	Lagon	Embrun	Ecume	Dune	Alizés	Delta
SERVICES								
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. **LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.**

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 euros par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

15 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme océanile Accueil (garanties plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Rivage plus	Marine plus	Lagon plus	Embrun plus	Ecume plus	Dune plus	Alizés plus	Delta plus
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE								
Forfait hospitalier	Frais réels							
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels							
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	45 €	60 €	75 €	90 €	90 €	90 €	90 €	125 €
Etablissements non conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾ (plafond/jour limité à 3500€/an)	80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	120 €	150 €
SOINS COURANTS								
Consultations / visites généralistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	125% 105%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Consultations / visites spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	125% 105%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	60 €
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	-	-	15 €	15 €	40 €
PHARMACIE								
Pharmacie remboursée par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O. (plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans (plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Vaccin anti-grippe (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées ^a	25%	125%	225%	175%	325%	175%	325%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
^a Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 355 €	2 440 €	3 355 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	350%	300%	350%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
Implantologie dentaire (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾								
Equipelement simple : monture + 2 verres simples (Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Equipelement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	610 €
Equipelement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	630 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 470 €
Lentilles refusées (plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE								
Prothèses auditives acceptées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	150%	200%	250%	250%	250%	250%	500%
CURE								
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾ (plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
ALLOCATION								
Allocation naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾ (Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾ (Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	900 €	1 500 €
PRÉVENTION								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui							

15 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme océanile Accueil (garanties plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Rivage plus	Marine plus	Lagon plus	Embrun plus	Ecume plus	Dune plus	Alizés plus	Delta plus
SERVICES								
Assistance ⁽²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE PLUS								
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Substituts nicotiniques non pris en charge par le R.O. (plafond/an)	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	45 €	45 €	70 €
Pilules contraceptives (plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans la cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimées en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 euros par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'événement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

16 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme océanile Accueil (garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Rivage Sup'	Marine Sup'	Lagon Sup'	Embrun Sup'	Ecume Sup'	Dune Sup'	Alizés Sup'	Delta Sup'
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE								
Forfait hospitalier	Frais réels							
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels							
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	45 €	60 €	75 €	90 €	90 €	90 €	90 €	125 €
Etablissements non conventionnés								
Frais de séjour ⁽³⁾ (plafond/jour limité à 3500€/an)	80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	120 €	150 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾								
SOINS COURANTS								
Consultations / visites généralistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	125% 105%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Consultations / visites spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	125% 105%	150% 130%	175% 155%	300% 200%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels							
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	60 €
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	-	-	15 €	15 €	40 €
PHARMACIE								
Pharmacie remboursée par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O. (plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans (plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Vaccin anti-grippe (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées ⁵	25%	125%	225%	175%	325%	175%	325%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
⁽⁶⁾ Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 355 €	2 440 €	3 355 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	350%	300%	350%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
Implantologie dentaire (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾								
Equipeur simple : monture + 2 verres simples (Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Equipeur complexe : monture + au moins 1 verre complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	610 €
Equipeur très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	630 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 470 €
Lentilles refusées (plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE								
Prothèses auditives acceptées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	150%	200%	250%	250%	250%	250%	500%
CURE								
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾ (plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
ALLOCATION								
Allocation naissance et adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾ (Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾ (Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	900 €	1 500 €
PRÉVENTION								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui							

16 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme océanile Accueil (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux anciens membres de la CCMO adhérent à titre collectif.

	Rivage plus	Marine plus	Lagon plus	Embrun plus	Ecume plus	Dune plus	Alizés plus	Delta plus
SERVICES								
Assistance ⁽²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE SUP'								
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychotérapie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie (plafond/séance/maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	45 €	45 €	70 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. (plafond/an)	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause (non prise en charge) (plafond/mois)	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	180 €	180 €	180 €
Fécondation in vitro non prise en charge (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) (plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Vaccins non pris en charge (plafond/an)	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	225 €	225 €	225 €

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimées en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017).

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 euros par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁷⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁸⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

⁽¹⁰⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

⁽¹¹⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'événement.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

17 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Coup de pouce

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux membres adhérents à titre particulier.

	Coup de pouce
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE	
Forfait hospitalier	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers	
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	35 € (plafond/jour)
Transport accepté par le R.O.	100%
Etablissements conventionnés	
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾	45 € (plafond/jour)
MÉDECINE ET SOINS MÉDICAUX	
Consultations / visites généralistes	
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%
Consultations / visites spécialistes	
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)	
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%
Examens de laboratoire	100%
PHARMACIE	
Médicaments remboursés par le R.O.	100%
DENTAIRE	
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	100%
Remboursement complémentaire au ticket modérateur prothèses dentaires remboursées*	100%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ^{(5)**}	200%
** Dans la limite d'un plafond annuel de ⁽⁶⁾	1 550 €
Orthodontie acceptée	200%
Orthodontie refusée	200%
OPTIQUE⁽⁷⁾	
Équipement simple : monture + 2 verres simples	125 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	200 € (Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €
Lentilles acceptées	100% + 125 € (plafond/an)
Lentilles refusées	125 € (plafond/an)
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	150 € (plafond/an)
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives acceptées	100% + 80 € (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)
Prothèses auditives refusées	160 € (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁸⁾	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾	100%
CURE	
Cure thermale acceptée par le R.O. (base 21 jours)	100%
ALLOCATION	
Allocation enfant né sans vie ⁽¹⁰⁾	100 € (allocation forfaitaire)
PRÉVENTION	
Pilule contraceptive non remboursée	50 € (plafond/an)
Préservatifs	40 € (plafond/an)
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O.	50 € (plafond/an)
Ostéopathie, éthiopathie, chiropractie	30 € (plafond/séance/maxi 4 séances/an)
Vaccin anti-grippe non remboursé	12 € (plafond/an)
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	40 € (plafond/an)
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui
SERVICES	
Assistance ⁽¹¹⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui
Garantie Pass-Sports ⁽¹²⁾	Oui

17 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Coup de pouce (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes à titre individuel aux membres adhérents à titre particulier.

Les remboursements de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est limitée à 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 2017). Elle est inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS.

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la Télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

⁽⁶⁾ Prothèse dentaire : les remboursements de CCMO Mutuelle sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.

⁽⁷⁾ Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

⁽⁸⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁹⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽¹⁰⁾ Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'événement.

⁽¹¹⁾ Cette prestation est assurée par un assesseur partenaire.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

* Prestations prises en charge par la CCMO après l'application d'un délai de carence de 3 mois à compter de la date de souscription à la garantie.

Garantie non responsable.

Garantie C	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE	
Hospitalisation chirurgicale	Chirurgie seule ⁽¹⁾
Forfait hospitalier journalier secteur conventionné	Frais réels
Frais de séjour secteur conventionné ⁽²⁾	Frais réels
Honoraires hospitalisation	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels
Chambre particulière secteur conventionné ⁽³⁾	(plafond/jour) 50 €
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾	(plafond/jour) 100 €
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽⁵⁾	(plafond/jour) 35 €
Transport accepté par le R.O.	100%
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX	
Consultations visites ⁽⁶⁾	100% ⁽⁷⁾
Actes de spécialistes (dont radiologie)	100% ⁽⁷⁾
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels
Examens de laboratoire	100% ⁽⁷⁾
ALLOCATION	
Garantie Pass-Sports ⁽⁸⁾	Oui
ASSISTANCE	
Assistance Santé CCMO Mutuelle ⁽⁹⁾	Oui

Les remboursements CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du respect du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire et les frais de transport sanitaire, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations et franchises CCMO Mutuelle exprimées en montant ou % du PMSS interviennent sur le seul remboursement mutuelle. Les limitations par an s'entendent par année civile (à l'exception des prothèses dentaires)

La prise en charge des prestations liées à l'hospitalisation psychiatrique, à la cure de désintoxication, à un placement en établissement de santé en long séjour, est limitée à 45 j / an.

⁽¹⁾ Sont également garanties les mises en observation chirurgicale sans intervention (limitées à 10 jours) et les affections traumatiques : immobilisations orthopédiques par plâtre, limitées à 30 jours. Les plâtres effectués pour des évènements non chirurgicaux ne sont pas pris en charge au titre de cette option.

⁽²⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2€ par jour.

⁽³⁾ La chambre particulière est prise en charge au maximum 60 jours par an. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁴⁾ Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge globale plafonnée à 3800€ par an et par personne protégée, incluant les frais de séjour, la chambre particulière et le forfait hospitalier journalier.

⁽⁵⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽⁶⁾ En cas de consultations et de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué.

⁽⁷⁾ Avant, pendant et après l'opération chirurgicale : durée UN mois avant et DEUX mois après l'acte opératoire.

⁽⁸⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

⁽⁹⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire

19 Délais de stage* - Opérations individuelles et collectives

GARANTIE / ÂGE DE L'ADHÉRENT ET DE LA PERSONNE PROTÉGÉE	CODE	JUSQU'À 55 ANS	DE 55 À 70 ANS	PLUS DE 70 ANS
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Chambre particulière et frais de séjour et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radio et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation enfant né sans vie	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres Garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

* Les délais de stage s'appliquent pour les opérations individuelles et les opérations collectives à l'exception des seuls membres participants dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Délais de stage applicables en cas d'adoption des garanties suivantes :

“Module Plus” et “Module Sup” :

Le délai de stage commence à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion et est fixé à trois mois. En cas d'adhésion simultanée au (ou aux) module(s) et à la garantie de base, le délai de stage sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation d'un précédent organisme de complémentaire santé ou en cas de Régime obligatoire ; toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage de trois mois.

20 Détail des typologies d'équipements optiques

TYPE D'ÉQUIPEMENT	COMPOSITION ÉQUIPEMENT
Équipement simple	correction simple 1 monture + 2 verres simples
Équipement complexe	correction mixte simple / complexe 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe
	correction complexe 1 monture + 2 verres complexes
Équipement très complexe	correction mixte complexe / très complexe 1 monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe
	correction mixte simple / très complexe 1 monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe
	correction très complexe 1 monture + 2 verres très complexes

VERRES SIMPLES	VERRES COMPLEXES	VERRES TRÈS COMPLEXES
verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre < = 4	verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre > 4 ou verres multifocaux sphéro cylindriques sphère -8<+8 ou verres multifocaux sphériques -4<+4	verres multifocaux sphéro cylindriques sphère HZ -8<+8 ou verres multifocaux sphériques HZ -4<+4

21 Liste des actes de prévention remboursés au moins au Ticket modérateur

ACTES DE PRÉVENTION	
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006, listés ci-dessous, sont au moins remboursés au ticket modérateur :	
Détartrage annuel	Se référer au poste soins dentaires
Scellement des puits, sillons et fissures	Se référer au poste soins dentaires
Vaccinations prioritaires ⁽¹⁾	Se référer au poste pharmacie
Dépistage de l'Hépatite B	Se référer au poste examens de laboratoire
Dépistage des troubles de l'audition (audiométrie)	Se référer au poste actes techniques médicaux
Bilan du langage oral ou d'aptitude à l'acquisition du langage	Se référer au poste auxiliaires médicaux
Ostéodensitométrie remboursée par le R.O. signataire et non signataire du CAS ⁽²⁾	Se référer au poste actes techniques médicaux

⁽¹⁾ Coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), méningite, diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges), vaccinations contre les infections invasives à pneumocoque pour les enfants de moins de 18 mois, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant.

⁽²⁾ Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016) puis à 200% (à compter de 2017).

22 Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire

LISTE B - VACCINATIONS PRESCRITES NON REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE
Méningocoéphalite à tiques
Hépatite A et B
Méningites à virus A et C
Leptospirose
Typhoïde
Fièvre jaune
Rage

CCMO Mutuelle
6, avenue Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
CS 50993
60014 Beauvais Cedex
Tel : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01
Courriel : accueil@ccmo.fr
Mutuelle soumise au Livre II
du Code de la mutualité - N° 780508073