

Edition 04/2018

RÉGIME RESPONSABLE
Remboursements RO + CCMO
Quali's Santé 5

HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE

FORFAIT HOSPITALIER		Frais réels
FORFAIT LEGAL sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		Frais réels
HONORAIRES PRATICIENS HOSPITALIERS - Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ - Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		300% 200%
FRAIS D'ACCOMPAGNANT : enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	(Plafond/jour)	40 €
TRANSPORT accepté par le R.O.		100%
Etablissements conventionnés		
FRAIS DE SEJOUR ⁽³⁾		100%
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité ⁽⁴⁾	(Plafond/jour)	80 €
Etablissements non conventionnés	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	
FRAIS DE SEJOUR ⁽³⁾		
CHAMBRE PARTICULIERE ⁽⁴⁾		100 + 80 €

⁽¹⁾ Le DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) est un dispositif par lequel le praticien s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents au DPTM est au moins inférieure de 20% à celle des dépassements d'honoraires des praticiens adhérents au DPTM. Elle est limitée au maximum à 200%.

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée 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 €/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.

SOINS COURANTS

CONSULTATIONS / VISITES GENERALISTES ET SPECIALISTES - Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ - Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		300% 200%
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ - Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		300% 200%
MAJORATIONS ET INDEMNITES DE DEPLACEMENT remboursées par le R.O.		100%
FORFAIT LEGAL sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		Frais réels
AUXILIAIRES MEDICAUX		250%
EXAMENS DE LABORATOIRE		200%
OSTEODENSITOMETRIE non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	40 €
MEDECINES DOUCES (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien, pédicurie-podologie, psychothérapie)	(Plafond/an)	150 €

PHARMACIE

PHARMACIE remboursée à 65% par le R.O.		100%
PHARMACIE remboursée à 30% par le R.O.		100%
PHARMACIE remboursée à 15% par le R.O.		100%
MEDICAMENTS ET PREPARATIONS MAGISTRALES autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.		
PILULE CONTRACEPTIVE non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	70 €
SUBSTITUTS NICOTINIQUES (gommes, patches) non remboursés par le R.O.		
VACCIN ANTI-GRIPPE non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12 €

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		250%
PROTHESES DENTAIRES remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée) - MINIMUM ANI		125%
REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE AU MINIMUM ANI PROTHESES DENTAIRES remboursées*		275%
PROTHESES DENTAIRES non remboursées par le R.O.* ⁽⁵⁾		150%
*Dans la limite d'un PLAFOND ANNUEL de		2 000 €
ORTHODONTIE acceptée		400%
ORTHODONTIE refusée		200%
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE et PARODONTOLOGIE non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	(Plafond/an)	500 €

⁽⁵⁾ La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible à plaque base résine d'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).

OPTIQUE⁽⁶⁾

EQUIPEMENT SIMPLE : monture + 2 verres SIMPLES		380 €
EQUIPEMENT MIXTE : monture + au moins 1 verre complexe ou 1 verre très complexe	(Plafond biennal / 150 € maxi pour la monture)	500 €
EQUIPEMENT TRES COMPLEXE : monture + 2 verres très complexes		600 €
LENTILLES acceptées, refusées, jetables	(Plafond/an)	100% +250€
CHIRURGIE CORRECTRICE (myopie, presbytie) et IMPLANTS OCULAIRES (par oeil) hors honoraires	(Plafond/an)	300 €

⁽⁶⁾ Le plafond biennal (un remboursement tous les deux ans à compter de la dernière consommation) 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 €.

APPAREILLAGE

PROTHESES AUDITIVES acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 400€
PROTHESES AUDITIVES refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	200 €
GROS APPAREILLAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾		100%
REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE AU MINIMUM ANI VEHICULE POUR HANDICAPE PHYSIQUE accepté par le R.O.	(Plafond/an)	300 €
AUTRES DISPOSITIFS MEDICAUX ET APPAREILLAGES ⁽⁸⁾		250%

⁽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.

CURE		
CURE THERMALE acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(Plafond/an)	300 €
⁽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.		
ALLOCATION		
ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire)	300 €
ALLOCATION ENFANT NE SANS VIE ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire)	400 €
OBSEQUES (allocation versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)		600 €
⁽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 naissances ou adoptions multiples.		
⁽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.		
SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER		
SOINS A L'ETRANGER remboursés par le R.O. ⁽¹²⁾		100%
⁽¹²⁾ La Mutuelle prend en charge les soins dispensés à l'étranger, remboursés par la Sécurité sociale, sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire. Les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et les prestations forfaitaires ne sont pas prises en charge par la Mutuelle dès lors que les soins ont été dispensés à l'étranger.		
PREVENTION		
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.		Oui
DETARTRAGE annuel		Se référer au poste soins dentaires
SCCELLEMENT DES PUITTS, SILLONS ET FISSURES		Se référer au poste soins dentaires
VACCINATIONS PRIORITAIRES ⁽¹³⁾		Se référer au poste pharmacie
DEPISTAGE DE L'HEPATITE B		Se référer au poste examens de laboratoire
DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION (audiométrie)		Se référer aux postes actes techniques médicaux
BILAN DU LANGAGE ORAL ou d'aptitude à l'acquisition du langage écrit		Se référer au poste auxiliaires médicaux
OSTEODENSITOMETRIE remboursée par le R.O. - Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁴⁾ - Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁴⁾		Se référer aux postes actes techniques médicaux
⁽¹³⁾ Les vaccins obligatoires et les conditions de prises en charge sont précisés aux articles L.3111 et suivants du Code de la santé publique. La Mutuelle applique la prise en charge prévue par le poste pharmacie pour les vaccins remboursés par la Sécurité sociale. Le calendrier des vaccinations est publié après avis de la Haute Autorité de santé.		
SERVICES		
ASSISTANCE ⁽¹⁴⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		Oui
GARANTIE PASS'SPORTS ⁽¹⁵⁾ : assurance scolaire, capital en cas d'accident		Oui
⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.		
⁽¹⁵⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.		

- QUALI's Santé 5 -



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, sauf pour la cure thermale qui inclut le 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).