



Complémentaire santé Professionnels indépendants




L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Tableau de garanties

Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le Régime Obligatoire (R.O.)

RÉGIME
RESPONSABLE
R.O. + RC

SAUGE


 HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE	Forfait hospitalier		Frais réels	
	Forfait légal 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⁾		300%	
	- Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		200%	
	Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	plafond/jour	45 €	
	Transport accepté par le R.O.		100%	
	Appareillage post opératoire non remboursé par le R.O.	plafond/an	150 €	
	Etablissements conventionnés			
	Frais de séjour ⁽³⁾		100%	
Chambre particulière ⁽⁴⁾ y compris maternité	plafond/jour	100 €		
Etablissements non conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	} plafond / jour limité à 3 500 € par an		110 €	
Chambre particulière ⁽⁴⁾				

⁽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 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 €/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 généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)		
	- Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾		300%
	- Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		200%
	Soins à l'étranger remboursés par le R.O.		100%
	Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.		100%
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		Frais réels
	Auxiliaires médicaux, examens de laboratoire		250%
	Analyses hors nomenclature	plafond/an	150 €
Anniocentèse non remboursée par le R.O.	plafond/an	75 €	

 PHARMACIE	Pharmacie remboursée à 65% et 30% par le R.O.	100%
	Pharmacie remboursée à 15% par le R.O.	100%

 DENTAIRE	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		150%
	Inlays-onlays remboursés par le R.O.		250%
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)		400%
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾		150%
	Plafond prothèses dentaires remboursées ou non par le R.O. ⁽⁶⁾	plafond / an	2 000 €
	Orthodontie acceptée par le R.O.		400%
	Orthodontie refusée par le R.O.		150%
	Plafond orthodontie acceptée ou non par le R.O. ⁽⁶⁾	plafond / an	1 200 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	plafond / an	600 €	

⁽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).

⁽⁶⁾ Une fois le plafond annuel atteint, pour les postes remboursés par le R.O., le ticket modérateur est pris en charge.

 OPTIQUE	Équipement simple : monture + 2 verres simples		350 €
	Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	plafond biennal / 150 € maxi pour la monture ⁽⁷⁾	500 €
	Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe		500 €
	Lentilles acceptées par le R.O.	plafond/an	100% + 200 €
	Lentilles refusées, jetables par le R.O.	plafond/an	200 €
	Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an	500 €

⁽⁷⁾ Le plafond biennal [1 consommation 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	Prothèses auditives acceptées par le R.O.	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	100% + 300 €
	Prothèses auditives refusées par le R.O.	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	250 €
	Gros appareillage ⁽⁸⁾	y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	100%
	Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾		250%

⁽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.



Complémentaire santé Professionnels indépendants



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

RÉGIME
RESPONSABLE

R.O. + RC

SAUGE

Tableau de garanties (suite)

Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le Régime Obligatoire (R.O.)

CURE	Cure thermale acceptée par le R.O. (base 21 jours)		100%
ALLOCATIONS	Allocation naissance ou adoption (enfant <10 ans) ⁽¹⁰⁾	allocation forfaitaire	250 €
	Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	allocation forfaitaire	400 €
	Allocation obsèques (âge limité à 75 ans)		400 €
<p>⁽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.</p> <p>⁽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.</p>			
PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE non remboursés par le R.O.	Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, homéopathe, diététicien	} plafond/séance maxi 4 séances/an	50 €
	Pédicurie-podologie		
	Psychothérapie	} plafond/an	80 €
	Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits		
	Contraceptifs prescrits		
	Substituts nicotiniques	} plafond/an	12 €
	Vaccin anti-grippe		
Ostéodensitométrie	plafond/an	40 €	
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⁾ : assurance scolaire, capital en cas d'accident		Oui
	Téléconsultation médicale ⁽¹⁴⁾ : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7		Oui

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

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

⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par un partenaire.

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 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).

Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

R.O. = Régime obligatoire