








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.) et en cas d'utilisation de la garantie en surcomplémentaire, ceux de la complémentaire obligatoire d'entreprise.

		Turbo ILLICO
 HOSPITALISATION MEDICALE / 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 - Signataires du Contrat d'Accès aux Soins ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	300% 225% en 2016 200% en 2017
	Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	40 €
	Transport accepté par le R.O.	100%
	Etablissements conventionnés	
	Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	80 €
	Etablissements non conventionnés	
	Frais de séjour ⁽³⁾	80 € (plafond/jour limité à 3000€/an)
MATERNITÉ	Chambre particulière établissements conventionnés ⁽⁴⁾	80 €
	Amniocentèse non prise en charge	150 €
	Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽⁵⁾	200 €
 SOINS COURANTS	Consultations / visites généralistes et spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	300% 225% en 2016 200% en 2017
	Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	300% 225% en 2016 200% en 2017
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels
	Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue)	200%
	Examens de laboratoire	200%
BIEN-ÊTRE	Médecines douces (ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, diététicien, homéopathe)	30 €
	Pédicure-podologie non remboursée par le R.O.	40 €
 PHARMACIE	Pharmacie remboursée à 65% par le R.O.	100%
	Pharmacie remboursée à 30% et 15% par le R.O.	100%
	Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O.	
	Pilule contraceptive non remboursée par le R.O.	} plafond/an
	Substituts nicotiniques (gommes, patches) non remboursés par le R.O.	
 DENTAIRE	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	250%
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	325%
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾	100%
	Plafond annuel prothèses dentaires remboursées ou non ⁽⁷⁾	2 000 €
	Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	400 €
	Orthodontie acceptée	325%
	Orthodontie refusée	150%
 OPTIQUE	Equipement simple : monture + 2 verres simples	400 €
	Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	450 €
	Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	500 €
	Lentilles acceptées	100% + 200 €
	Lentilles refusées	200 €
	Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	200 €
APPAREILLAGE	Prothèses auditives acceptées	100% + 400 €
	Prothèses auditives refusées	200 €
	Gros appareillage ⁽⁹⁾	100%
	Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. ⁽⁷⁾	300 €
CURE	Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽¹⁰⁾	300%
	Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹¹⁾	300 €
PRÉVENTION	Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	30 €
	Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	12 €
	Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	
OBSÈQUES	Allocation obsèques (versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)	900 €
	Allocation enfant né sans vie ⁽¹²⁾	300 €
SERVICES	Assistance ⁽¹³⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations juridiques et vie pratique	Oui
	Garantie Pass'Sports ⁽¹⁴⁾ : assurance scolaire, capital en cas d'accident	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 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).

En cas d'utilisation de la garantie en surcomplémentaire, les remboursements viennent en complément des garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat et dans la limite des frais facturés ainsi que des plafonds de prise en charge définis par l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

■ ⁽¹⁾ Le Contrat d'Accès aux Soins (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 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 €/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⁾ 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.

■ ⁽⁶⁾ 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).

■ ⁽⁷⁾ Une fois le plafond annuel atteint : les prothèses dentaires remboursées par le R.O. seront prises en charge à 125% BR et le véhicule pour handicapé physique sera pris en charge au ticket modérateur.

■ ⁽⁸⁾ 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 €.

■ ⁽⁹⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

■ ⁽¹⁰⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

■ ⁽¹¹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

■ ⁽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.

R.O. = Régime obligatoire