



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.)

Mélice

 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⁾		500% 225% en 2016 200% en 2017
	Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	plafond/jour	55 €
	Transport remboursé par le R.O.		100%
	Appareillage post opératoire non remboursé par le R.O.	plafond/an	200 €
	Etablissements conventionnés		
	Frais de séjour ⁽³⁾		100%
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond/jour	120 €
	Etablissements non conventionnés		
Frais de séjour ⁽³⁾		100%	
Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond / jour limité à 3 500 € par an	120 €	
MATERNITÉ	Chambre particulière établissements conventionnés ⁽⁴⁾	plafond/jour	120 €
	Amniocentèse non remboursée par le R.O.	plafond/an	100 €
	Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽⁵⁾	allocation forfaitaire	300 €
 SOINS COURANTS	Consultations / visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾		500% 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, examens de laboratoire		300%
	Analyses hors nomenclature	plafond/an	200 €
	Pharmacie remboursée par le R.O.		100%
 PRÉVENTION & MIEUX-ÊTRE non remboursés par le R.O.	Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, etiopathe, acupuncteur, homéopathe, diététicien	plafond/séance maxi 4 séances/an	60 €
	Pédicurie-podologie		
	Psychothérapie		
	Pharmacie prescrite		
	Contraceptifs prescrits	plafond/an	100 €
	Substituts nicotiniques		
	Vaccin anti-grippe	plafond/an	12 €
Ostéodensitométrie osseuse	plafond/an	40 €	
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.			
 DENTAIRE	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		300%
	Inlays-onlays remboursés par le R.O.		300%
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)		500%
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾		150%
	Plafond prothèses dentaires remboursées ou non par le R.O. ⁽⁷⁾	plafond / an	2 500 €
	Orthodontie remboursée par le R.O.		500%
	Orthodontie non remboursée par le R.O.		200%
	Plafond orthodontie remboursées ou non par le R.O. ⁽⁷⁾	plafond / an	1 400 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	plafond / an	800 €	
 OPTIQUE	Equipement simple : monture + 2 verres simples		470 €
	Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	plafond biennal / 150 € maxi pour la monture ⁽⁸⁾	610 €
	Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe		660 €
	Lentilles remboursées par le R.O.	plafond/an	100% + 200 €
	Lentilles non remboursées par le R.O.	plafond/an	200 €
	Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an	700 €
APPAREILLAGE	Prothèses auditives remboursées par le R.O.	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	100% + 350 €
	Prothèses auditives non remboursées par le R.O.	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	300 €
	Gros appareillage ⁽⁹⁾	y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	100%
	Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽¹⁰⁾		300%
CURE	Cure thermale remboursée par le R.O. ⁽¹¹⁾		100%
ALLOCATIONS	Enfant né sans vie ⁽¹²⁾	allocation forfaitaire	500 €
	Obsèques (âge limité à 75 ans)		500 €
SERVICES	Assistance ⁽¹³⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		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).

■ ⁽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, pour les postes remboursés par le R.O., le ticket modérateur est pris en charge.

■ ⁽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