







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.)

CITEO 30

 HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE	Forfait hospitalier - En hôpital ou clinique - Dans le service psychiatrique d'un établissement de santé	par jour	18 € 13,50 €
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		18 €
	Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du Contrat d'Accès aux Soins ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾		200% 180%
	Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾	plafond/jour	30 €
	Transport accepté par le R.O.		100%
	Etablissements conventionnés Frais de séjour ⁽³⁾		100%
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond/jour	60 €
	Etablissements non conventionnés Frais de séjour ⁽³⁾		60 €
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond / jour limité à 2 500€ par an	
	MATERNITÉ	Chambre particulière établissements conventionnés ⁽⁴⁾	plafond/jour
Amniocentèse non remboursée par le R.O.		plafond/an	125 €
Fécondation in vitro non prise en charge		plafond/an	200 €
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽⁵⁾		allocation forfaitaire	150 €
 SOINS COURANTS	Consultations / visites généralistes et spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾		150% 130%
	Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾		150% 130%
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		18 €
	Auxiliaires médicaux		150%
	Examens de laboratoire		150%
	Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, diététicien homéopathe et pédicure-podologue non remboursés par le R.O.	plafond/séance - maxi 4 séances/an	25 €
	 PHARMACIE	Pharmacie remboursée par le R.O.	
Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O.		plafond/an	40 €
Contraceptifs féminins et traitement de la ménopause non remboursés par le R.O.		plafond/an	40 €
 DENTAIRE	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		150%
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)		350%
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾		100%
	Plafond annuel prothèses dentaires remboursées ou non ⁽⁷⁾		1 200 €
	Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	plafond / an	200 €
 OPTIQUE	Orthodontie acceptée		300%
	Orthodontie refusée		150%
	Equipement simple : monture + 2 verres simples		250 €
	Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture ⁽⁸⁾	350 €
	Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe		400 €
	Lentilles acceptées	plafond/an	100% + 150 €
 APPAREILLAGE	Lentilles refusées	plafond/an	150 €
	Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an	200 €
	Prothèses auditives acceptées	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	100% + 250 €
	Prothèses auditives refusées	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	150 €
	Gros appareillage ⁽⁹⁾	y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	100%
	Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. ⁽⁷⁾	plafond/an	150 €
	Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽¹⁰⁾		150%
CURE	Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹¹⁾	plafond/an	150 €
	PRÉVENTION	Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	plafond/an
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.		plafond/an	12 €
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.			
OBSÈQUES	Allocation obsèques (limite d'âge à 75 ans)		300 €
	Allocation enfant né sans vie ⁽¹²⁾	allocation forfaitaire	200 €
SERVICES	Assistance ⁽¹³⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations juridiques et vie pratique		Oui
	Garantie Pass' Sports ⁽¹⁵⁾ : 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 soins 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 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 % 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⁾ 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 200% à compter du 1er janvier 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 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 €.
- ⁽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