

Vous protéger,
c'est notre
priorité

Complémentaire santé
Particuliers

Zeni'OR

Il est l'OR... de choisir sa mutuelle
MON SENIOR !

CCMO SANTÉ
PRÉVOYANCE
MUTUELLE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.



Vous protéger,
c'est notre
priorité

Complémentaire santé Particuliers



Découvrez les avantages de votre couverture

Une adhésion dès 55 ans,
sans limite d'âge

Pas de questionnaire médical,
quel que soit votre âge

La prise en charge
du sport sur ordonnance

Un panel élargi de thérapies
complémentaires et médecines douces

Un plafond progressif sur les implants
dentaires permettant de tripler son
plafond après 2 années d'adhésion

Un plafond audioprothèses reportable
permettant de doubler son plafond
après 5 années sans consommation

Une assistance vie quotidienne
en cas d'hospitalisation
(garde d'animaux, aide-ménagère, portage de médicaments...)
et une assistance rapatriement

Extrait des garanties

		Remboursements R.O. + CCMO Mutuelle				
		Zeni'OR 1	Zeni'OR 2	Zeni'OR 3	Zeni'OR 4	
	Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du Contrat d'Accès aux Soins ⁽²⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	300% 200%	
	Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	
	Frais d'accompagnant ⁽²⁾	plafond/jour	25€	30€	35€	40€
	Etablissements conventionnés					
	Frais de séjour ⁽³⁾		100%	100%	100%	100%
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond/jour	40€	50€	60€	70€
	Etablissements non conventionnés					
	Frais de séjour ⁽³⁾		-	40€	60€	80€
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond / jour limité à 3500€ par an	-	40€	60€	80€
	Consultations / visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	300% 200%	
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Auxiliaires médicaux, examens de laboratoire	100%	120%	150%	200%	
	Analyses hors nomenclature	plafond/an	-	50€	100€	150€
	Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	plafond/an	40€	40€	40€	40€
	Pharmacie remboursée à 65%, 30% et 15% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	
	Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O.	plafond/an	40€	60€	80€	100€
	Protections incontinence (achetées en pharmacie ou grandes surfaces sur présentation d'une facture nominative)	plafond/an	30€	35€	40€	45€
	Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, diététicien, psychothérapie, sexologie, réflexologie, consultation pédicurie-podologie, naturopathie, sophrologie, kinésio-logie, micro-kinésithérapie, hypnose	plafond/an	50€	150€	200€	250€
	Activité physique adaptée sur prescription médicale	plafond/séance maxi 10 séances/an	15€	25€	35€	50€
	Vaccins prescrits non pris en charge (vaccin antigrippe, vaccin voyage...)	plafond/an	-	20€	30€	40€
	Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O.	plafond/an	-	20€	30€	40€
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur						
	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.), Inlay-onlay	100%	150%	200%	250%	
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	plafond/prothèse maxi 3 prothèses/an	100% + 250€	100% + 350€	100% + 450€	100% + 550€
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁵⁾	plafond /an	-	150€	250€	350€
	Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)					
	Plafond année 1	plafond /an	200€	300€	500€	700€
	Plafond année 2 (après 12 mois d'adhésion)	plafond /an	400€	600€	1000€	1400€
	Plafond année 3 (après 24 mois d'adhésion)	plafond /an	600€	900€	1500€	2100€
	Parodontologie non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	plafond/an	100€	150€	200€	250€
	Orthodontie refusée	plafond/an	-	100€	200€	300€
	Equipement simple : monture + 2 verres simples	plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture ⁽⁶⁾	50€	190€	330€	470€
	Equipement complexe : monture + 2 verres complexes		200€	390€	570€	750€
	Equipement très complexe : monture + 2 verres très complexes		200€	420€	630€	850€
	Lentilles acceptées, jetables	plafond/an	100%	100% + 200€	100% + 250€	100% + 300€
	Lentilles refusées, jetables	plafond/an	-	200€	250€	300€
	Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an	-	100€	200€	300€
	Prothèses auditives acceptées ou refusées					
	Plafond année 1		100%	100% + 600€	100% + 800€	100% + 1000€
	Plafond année 2 (après 1 an sans consommation)		100%	100% + 690€	100% + 920€	100% + 1150€
	Plafond année 3 (après 2 ans sans consommation)		100%	100% + 780€	100% + 1040€	100% + 1300€
	Plafond année 4 (après 3 ans sans consommation)	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	100%	100% + 900€	100% + 1200€	100% + 1500€
	Plafond année 5 (après 4 ans sans consommation)		100%	100% + 1050€	100% + 1400€	100% + 1750€
	Plafond année 6 (après 5 ans sans consommation)		100%	100% + 1200€	100% + 1600€	100% + 2000€
	Accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires)	plafond/an	10€	20€	30€	40€
	Gros appareillage ⁽⁷⁾	y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%
	Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	plafond/an	-	400€	400€	400€
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾		100%	150%	250%	350%	
	Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	plafond/an	100%	200€	300€	400€
	Assistance ⁽¹⁰⁾ : aide-ménagère, garde d'animaux, portage de médicaments en cas d'hospitalisation...		Oui	Oui	Oui	Oui
	Garantie Pass'Sports ⁽¹¹⁾ : prestations complémentaires lors d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, touristiques, de loisirs et de la vie courante		Oui	Oui	Oui	Oui

> EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Remboursements maximums théoriques CCMO Mutuelle
(dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins)

	Remboursement R.O.	Zeni'OR 1	Zeni'OR 2	Zeni'OR 3	Zeni'OR 4
Consultation d'un spécialiste signataire du CAS*	18,60€	8,40€	19,90€	31,40€	54,40€
Consultation d'un spécialiste non signataire du CAS*	15,10€	6,90€	13,80€	25,30€	29,90€
Détartrage (HBJD001)	20,24€	8,68€	23,14€	37,60€	52,06€
Pose d'une prothèse dentaire remboursée par le R.O. (HBLD038)	75,25€	282,25€	382,25€	482,25€	582,25€
Une paire de lunettes adulte à verres complexes	10,48€	200€	390€	570€	750€

*Pour savoir si votre médecin est signataire ou non du Contrat d'Accès aux soins, rendez-vous sur www.ameli.fr.

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 200% à compter du 1^{er} janvier 2017.

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

■ ⁽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. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

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

■ ⁽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.

■ ⁽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.

■ ⁽¹⁰⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

■ ⁽¹¹⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.

R.O. = Régime obligatoire