



Complémentaire santé  
**Zeni'OR**





L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Remboursements R.O.  
+ CCMO Mutuelle

RÉGIME RESPONSABLE

**Zeni'OR 3**

 <b>HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE</b>	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 <sup>[1]</sup>		200%
	- Praticiens non adhérents au DPTM <sup>[1]</sup>		180%
	Transport accepté par le R.O.		100%
	Frais d'accompagnant <sup>[2]</sup>	plafond/jour	35 €
	<b>Etablissements conventionnés</b>		
	Frais de séjour <sup>[3]</sup>		100%
Chambre particulière <sup>[4]</sup>	plafond/jour	60 €	
<b>Etablissements non conventionnés</b>			
Frais de séjour <sup>[3]</sup>	plafond / jour limité à 3500€ par an	60 €	
Chambre particulière <sup>[4]</sup>			
 <b>SOINS COURANTS</b>	Consultations / visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)		200%
	- Praticiens adhérents au DPTM <sup>[1]</sup>		180%
	- Praticiens non adhérents au DPTM <sup>[1]</sup>		
	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		150%
Analyses hors nomenclature	plafond/an	100 €	
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	plafond/an	40 €	
 <b>PHARMACIE</b>	Pharmacie remboursée par le R.O.		100%
	Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O. <sup>[5]</sup>	plafond/an	80 €
	Protections incontinence (achetées en pharmacie ou grandes surfaces sur présentation d'une facture nominative)	plafond/an	40 €
 <b>PRÉVENTION &amp; BIEN-ÊTRE</b>	Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien, psychothérapie, sexologie par un psychologue, réflexologie, consultation pédicurie-podologie, naturopathie, sophrologie, kinésiothérapie, micro-kinésithérapie, hypnothérapie	plafond/an	200 €
	Activité physique adaptée sur prescription médicale du médecin traitant dispensée par un masseur kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un professionnel de sport dûment autorisé <sup>[6]</sup>	plafond/séance maxi 10 séances/an	35 €
	Vaccins prescrits non remboursés par le R.O. (vaccin antigrippe, vaccin voyage...)	plafond/an	30 €
	Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O.	plafond/an	30 €
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur			
 <b>DENTAIRE</b>	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.), inlays-onlays		200%
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	plafond/prothèse maxi 3 prothèses/an	100% + 450 €
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. <sup>[7]</sup>	plafond /an	250 €
	Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) <sup>[8]</sup>		
	Plafond année 1	plafond /an	500 €
	Plafond année 2 (après 12 mois d'adhésion)		1000 €
Plafond année 3 (après 24 mois d'adhésion)		1500 €	
Parodontologie non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	plafond/an	200 €	
Orthodontie acceptée ou refusée par le R.O.	plafond/an	100% + 200 €	
 <b>OPTIQUE</b>	Equipement simple : monture + 2 verres simples		330 €
	Equipement complexe : monture + 2 verres complexe	plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture <sup>[9]</sup>	570 €
	Equipement très complexe : monture + 2 verres très complexes		630 €
	Lentilles acceptées par le R.O., jetables	plafond/an	100% + 250 €
	Lentilles refusées par le R.O., jetables	plafond/an	250 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an	200 €	
 <b>APPAREILLAGE</b>	Prothèses auditives acceptées ou refusées par le R.O. <sup>[10]</sup>		
	Plafond année 1		100% + 800 €
	Plafond année 2 (après 1 an sans consommation)		100% + 920 €
	Plafond année 3 (après 2 ans sans consommation)	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	100% + 1040 €
	Plafond année 4 (après 3 ans sans consommation)		100% + 1200 €
	Plafond année 5 (après 4 ans sans consommation)		100% + 1400 €
	Plafond année 6 (après 5 ans sans consommation)		100% + 1600 €
Accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition non remboursés par le R.O. (piles, produits d'entretien, petits accessoires)	plafond/an	30 €	
Gros appareillage <sup>[11]</sup>	y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	100%	
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	plafond/an	400 €	
Autres dispositifs médicaux et appareillages <sup>[12]</sup>		250%	
<b>CURE</b>	Cure thermale acceptée par le R.O. <sup>[13]</sup>	plafond/an	300 €
<b>SERVICES</b>	Assistance <sup>[14]</sup> : aide-ménagère, garde d'animaux, portage de médicaments en cas d'hospitalisation...		Oui
	Garantie Pass'Sports <sup>[15]</sup> : prestations complémentaires lors d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, touristiques, de loisirs et de la vie courante		Oui

Label d'Excellence décerné par un jury d'experts en produit d'assurance, valable 1 an. Pour en savoir plus, consultez le site de l'organisme Les Dossiers de l'Épargne ([www.lesdossiers.com](http://www.lesdossiers.com)).

## MENTIONS LEGALES :

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).

■ <sup>(1)</sup> 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%.

■ <sup>(2)</sup> Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée.

■ <sup>(3)</sup> 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.

■ <sup>(4)</sup> 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. La chambre particulière en maternité n'est pas prise en charge.

■ <sup>(5)</sup> Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.

■ <sup>(6)</sup> Versée uniquement sur présentation des justificatifs et factures. Seuls les patients atteints d'une affection longue durée peuvent bénéficier de cette prestation dispensée par un professionnel de santé ou de sport autorisé et ce dans les conditions déterminées au sein du décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016.

■ <sup>(7)</sup> 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).

■ <sup>(8)</sup> Le plafond progressif implantologie dentaire est une évolution du plafond sur trois années conformément aux modalités d'application précisées dans le Règlement Mutualiste Santé.

■ <sup>(9)</sup> 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 €.

■ <sup>(10)</sup> Le plafond audioprothèses reportable est une majoration du plafond conformément aux modalités d'application précisées dans le Règlement Mutualiste Santé.

■ <sup>(11)</sup> Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassés.

■ <sup>(12)</sup> A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

■ <sup>(13)</sup> Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

■ <sup>(14)</sup> Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

■ <sup>(15)</sup> Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.

R.O. = Régime obligatoire