

Vous protéger,
c'est notre
priorité

Complémentaire santé Particuliers



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Extrait des garanties

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.)

		Remboursements R.O. + CCMO Mutuelle	
	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]	300%	
	- Non signataires du CAS ^[1]	200%	
	Transport accepté par le R.O.	100%	
	Frais d'accompagnant ^[2]	plafond/jour 40 €	
	Etablissements conventionnés		
	Frais de séjour ^[3]	100%	
	Chambre particulière ^[4]	plafond/jour 70 €	
Etablissements non conventionnés			
Frais de séjour ^[3]	plafond / jour limité à 3500€ par an		
Chambre particulière ^[4]	80 €		
	Consultations / visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux [chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...]	300%	
	- Signataires du CAS ^[1]	200%	
	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	200%	
	Analyses hors nomenclature	plafond/an 150 €	
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	plafond/an 40 €		
	Pharmacie remboursée à 65%, 30% et 15% par le R.O.	100%	
	Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O. ^[5]	plafond/an 100 €	
	Protections incontinence (achetées en pharmacie ou grandes surfaces sur présentation d'une facture nominative)	plafond/an 45 €	
	Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur		
	Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, psychothérapie, sexologie par un sexologue, réflexologie, consultation pédicurie-podologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, micro-kinésithérapie, hypnotherapie	plafond/an 250 €	
	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 ^[6]	plafond/séance maxi 10 séances/an 50 €	
	Vaccins prescrits non remboursés par le R.O. (vaccin antigrippe, vaccin voyage...)	plafond/an 40 €	
	Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O.	plafond/an 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	250%
		Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	plafond/prothèse maxi 3 prothèses/an 100% + 550 €
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ^[7]		plafond /an 350 €	
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. [prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle] ^[8]			
Plafond année 1		plafond /an 700 €	
Plafond année 2 (après 12 mois d'adhésion)		1400 €	
Plafond année 3 (après 24 mois d'adhésion)	2100 €		
Parodontologie non remboursée par le R.O. [prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle]	plafond/an 250 €		
Orthodontie acceptée ou refusée	plafond/an 100% + 300 €		
	Equipement simple : monture + 2 verres simples	470 €	
	Equipement complexe : monture + 2 verres complexes	plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture ^[9] 750 €	
	Equipement très complexe : monture + 2 verres très complexes	850 €	
	Lentilles acceptées, jetables	plafond/an 100% + 300 €	
	Lentilles refusées, jetables	plafond/an 300 €	
	Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an 300 €	
	Prothèses auditives acceptées ou refusées ^[10]		
	Plafond année 1	100% + 1000 €	
	Plafond année 2 (après 1 an sans consommation)	100% + 1150 €	
	Plafond année 3 (après 2 ans sans consommation)	100% + 1300 €	
	Plafond année 4 (après 3 ans sans consommation)	100% + 1500 €	
	Plafond année 5 (après 4 ans sans consommation)	100% + 1750 €	
Plafond année 6 (après 5 ans sans consommation)	100% + 2000 €		
Accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition [piles, produits d'entretien, petits accessoires]	plafond/an 40 €		
Gros appareillage ^[11] 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 ^[12]	350%		
CURE	Cure thermale acceptée par le R.O. ^[13]	plafond/an 400 €	
SERVICES	Assistance ^[14] : aide-ménagère, garde d'animaux, portage de médicaments en cas d'hospitalisation...	Oui	
	Garantie Pass'Sports ^[15] : prestations complémentaires lors d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, touristiques, de loisirs et de la vie courante	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 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] Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.

■ [6] 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.

■ [7] 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).

■ [8] Le plafond progressif implantologie dentaire est une évolution du plafond sur trois années conformément aux modalités d'application précisées dans le Règlement Mutualiste Santé.

■ [9] 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 €.

■ [10] Le plafond audioprothèses reportable est une majoration du plafond conformément aux modalités d'application précisées dans le Règlement Mutualiste Santé.

■ [11] Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

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

■ [13] Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

■ [14] Cette prestation est assurée par un assisteur partenaire.

■ [15] Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.

R.O. = Régime obligatoire