

# Collectivités



## Annexe au Règlement mutualiste



TABLEAUX DES PRESTATIONS SANTÉ  
COLLÈGE DES COLLECTIVITÉS

Applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.



# SOMMAIRE

## OPERATIONS COLLECTIVES

1 à 12

- 1 **Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités** Gamme Illico Santé Entreprises 4
- 2 **Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités** Gamme Collective 6
- 3 **Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités** Gamme des Mers 8
- 4 **Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités** Garanties Océanile 10
- 5 **Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités** Modules Plus, Sup' 12

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

13

- 6 **Délais de stage** 13
- 7 **Détail des typologies d'équipements optiques** 13
- 8 **Liste des actes de prévention remboursés au moins au Ticket modérateur** 13
- 9 **Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire** 13

# 1 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Gamme Illico Santé Entreprises

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

	GARANTIES RESPONSABLES				GARANTIE NON RESPONSABLE
	GO ILLICO RO + RC	RAPIDO ILLICO RO + RC	TURBO ILLICO RO + RC	PRESTO ILLICO RO + RC	PRONTO ILLICO RO + RC
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE</b>					
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers					
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) <sup>(1)</sup>	100%	200%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	180%	200%	200%	500%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(2)</sup>	(plafond/jour) -	35 €	40 €	45 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Etablissements conventionnés</b>					
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité <sup>(4)</sup>	(plafond/jour) -	60 €	80 €	100 €	120 €
<b>Etablissements non conventionnés</b>					
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	-	60 €	80 €	100 €	120 €
Chambre particulière		(plafond/jour limité à 2 500 €/an)	(plafond/jour limité à 3 000 €/an)	(plafond/jour limité à 3 500 €/an)	(plafond/jour limité à 4 000 €/an)
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultations / visites généralistes et spécialistes					
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	200%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	180%	200%	200%	500%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)					
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	200%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	180%	200%	200%	500%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	200%	300%	400%	500%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	200%	300%	400%	500%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	250%	300%
Examens de laboratoire	100%	150%	200%	250%	300%
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an) -	125 €	150 €	175 €	200 €
Osteodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) -	25 €	30 €	35 €	40 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, acupuncture, diététicien)	(Plafond/séance) -	25 €	30 €	35 €	40 €
Consultation Homéopathie non remboursée par le R.O.	maxi 4 séances/an -	25 €	30 €	35 €	40 €
Pédicurie-Podologie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) -	35 €	40 €	45 €	50 €
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie remboursée à 65% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 30% par le R.O.	-	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O.	-	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.	(plafond/an) -	50 €	75 €	100 €	125 €
Pilule contraceptive non remboursée par le R.O.	(plafond/an) -	50 €	75 €	100 €	125 €
Substituts nicotiniques (gommes, patchs) non remboursés par le R.O.	(plafond/an) -	12 €	12 €	12 €	12 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(plafond/an) -	12 €	12 €	12 €	12 €
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	150%	250%	350%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée) - Minimum ANI	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire au minimum ANI prothèses dentaires remboursées*	-	100%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* <sup>(5)</sup>	-	-	100%	200%	300%
*Dans la limite d'un plafond annuel de		1 000 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €
Orthodontie acceptée	125%	225%	325%	425%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	200%	300%
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	(plafond/an) -	200 €	400 €	600 €	800 €
<b>OPTIQUE<sup>(6)</sup></b>					
Équipement simple : monture + 2 verres SIMPLES	(plafond biennal / 150 € maxi) 100 €	300 €	400 €	470 €	500 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre COMPLEXE	200 €	350 €	450 €	610 €	650 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre TRÈS COMPLEXE	200 €	400 €	500 €	630 €	700 €
Lentilles acceptées, jetables	(plafond/an) 100%	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 500 €
Lentilles refusées, jetables	(plafond/an) -	150 €	200 €	300 €	500 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	(plafond/an) -	100 €	200 €	300 €	400 €
<b>APPAREILLAGE</b>					
Prothèses auditives acceptées	(plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an) 100%	100% + 300 €	100% + 400 €	100% + 500 €	100% + 600 €
Prothèses auditives refusées	(plafond/prothèse limitée à 2 prothèses/an) -	150 €	200 €	250 €	300 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le RO) <sup>(7)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire au minimum ANI véhicule pour handicapé physique	(plafond/an) -	150 €	300 €	450 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages <sup>(8)</sup>	100%	200%	300%	400%	500 %
<b>CURE</b>					
Cure thermale acceptée par le R.O. <sup>(9)</sup>	(plafond/an) -	150 €	300 €	450 €	600 €
<b>ALLOCATIONS</b>					
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) <sup>(10)</sup>	(Allocation forfaitaire) -	100 €	200 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie <sup>(11)</sup>	(Allocation forfaitaire) -	200 €	300 €	400 €	500 €
Obsèques (allocation versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire, sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)	-	300 €	900 €	1 200 €	1 500 €
<b>PRÉVENTION</b>					
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>SERVICES</b>					
Assistance <sup>(12)</sup> : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports <sup>(13)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

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 EXPRIMEES EN EUROS 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).

En cas d'utilisation de la garantie en surcomplémentaire, les remboursements viennent en complément des garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, dans la limite des frais facturés et des plafonds de prise en charge définis par l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale

<sup>(1)</sup> 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%.

<sup>(2)</sup> Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

<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 et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

<sup>(5)</sup> 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).

<sup>(6)</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>(7)</sup> Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et châssis.

<sup>(8)</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>(9)</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>(10)</sup> 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.

<sup>(11)</sup> 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.

<sup>(12)</sup> Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

<sup>(13)</sup> Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.

## 2 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Gamme Collective

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents des collectivités.

	Non responsable		Responsables			
	Chirurgie	Active*	Bien être*	Equilibre*	Confort*	Performance*
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE</b>						
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Chirurgie seule <sup>(14)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers						
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) <sup>(11)</sup>	100%	150%	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS <sup>(11)</sup>	100%	130%	130%	130%	130%	130%
Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(2)</sup>	(plafond/jour) 35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Etablissements conventionnés</b>						
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité <sup>(4)</sup>	(plafond/jour) 50 € (sauf maternité)	50 €	100 €	65 €	80 €	100 €
<b>Etablissements non conventionnés</b>						
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	(Plafond/jour limité à 3 800 €/an)	100 €	135 €	100 €	110 €	135 €
Chambre particulière <sup>(4)</sup>						
<b>SOINS COURANTS</b>						
Consultations / visites généralistes						
- Signataires du CAS <sup>(11)</sup>	100% <sup>(15)</sup>	150%	150%	100%	120%	150%
- Non signataires du CAS <sup>(11)</sup>	100% <sup>(15)</sup>	130%	130%	100%	100%	130%
Consultations / visites spécialistes						
- Signataires du CAS <sup>(11)</sup>	150%	150%	150%	150%	150%	150%
- Non signataires du CAS <sup>(11)</sup>	150%	130%	130%	130%	130%	130%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)						
- Signataires du CAS <sup>(11)</sup>	100% <sup>(15)</sup>	150%	150%	100%	120%	150%
- Non signataires du CAS <sup>(11)</sup>	100% <sup>(15)</sup>	130%	130%	100%	100%	130%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	-	100%	100%	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100% <sup>(16)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) -	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
<b>PHARMACIE</b>						
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	-	100%	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	(plafond/an) -	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(plafond/an) -	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
<b>DENTAIRE</b>						
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	-	100%	100%	100%	100%	120%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	-	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	-	20%	245%	20%	125%	245%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. <sup>(15)</sup>	-	75%	150%	75%	100%	150%
*Dans la limite d'un plafond annuel de	-	1 160 €	2 290 €	1 160 €	1 950 €	3 100 €
Orthodontie acceptée	-	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**	-	125%	125%	125%	125%	125%
Orthodontie refusée**	-	150%	150%	-	-	200%
**Dans la limite d'un plafond annuel de	-	-	-	1 000 €	1 000 €	1 000 €
<b>OPTIQUE<sup>(14)</sup></b>						
Equipement simple : monture + 2 verres SIMPLES	-	100 €	215 €	120 €	160 €	215 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre COMPLEXE	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) -	200 €	275 €	200 €	200 €	275 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre TRES COMPLEXE	-	200 €	275 €	200 €	200 €	275 €
Lentilles acceptées	(plafond/an) -	100% + 40 €	100% + 275 €	100% + 120 €	100% + 190 €	100% + 215 €
Lentilles refusées	(plafond/an) -	40 €	275 €	120 €	190 €	215 €

## 2 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Gamme Collective suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents des collectivités.

		Non responsable	Responsables				
		Chirurgie	Active*	Bien être*	Equilibre*	Confort*	Performance*
<b>APPAREILLAGE</b>							
Prothèses auditives acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-	100% + 520 €	100% + 520 €	100%	100% + 270 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-	-	-	-	175 €	300 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) <sup>(7)</sup>		-	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an)	-	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages <sup>(8)</sup>		-	265%	265%	120%	200%	265%
<b>CURE</b>							
Cure thermale acceptée par le R.O. <sup>(9)</sup>	(plafond/an)	-	165 €	400 €	160 €	160 €	400 €
<b>ALLOCATIONS</b>							
Naissance et adoption (enfant < 10 ans) <sup>(10)</sup>	(Allocation forfaitaire)	-	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
Allocation enfant né sans vie <sup>(11)</sup>	(Allocation forfaitaire)	-	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Obsèques	(Allocation versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire, sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)	-	320 €	320 €	320 €	610 €	920 €
<b>PRÉVENTION</b>							
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.		-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>SERVICES</b>							
Assistance <sup>(12)</sup> : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports <sup>(13)</sup>		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>MODULES OPTIONNELS POUVANT ÊTRE SOUSCRITS INDIVIDUELLEMENT *</b>							
Module Plus		-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Module Sup'		-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Les remboursements de la 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 exprimées 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 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).

<sup>(1)</sup> 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%.

<sup>(2)</sup> Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

<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 € par 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 et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

<sup>(5)</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>(6)</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>(7)</sup> Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

<sup>(8)</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>(9)</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>(10)</sup> 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 naissance ou adoption multiple.

<sup>(11)</sup> 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.

<sup>(12)</sup> Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

<sup>(13)</sup> Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

<sup>(14)</sup> Sont également garanties les mises en observation chirurgicale sans intervention (limitées à 10 jours) et les affections traumatiques : immobilisations orthopédiques par plâtre, limitées à 30 jours. Les plâtres effectués pour des événements non chirurgicaux ne sont pas pris en charge au titre de cette option.

<sup>(15)</sup> Avant, pendant et après l'opération chirurgicale : durée UN mois avant et DEUX mois après l'acte opératoire.

\* L'adhérent a la possibilité de souscrire en sus des garanties de l'option de base la garantie module Plus et le cas échéant la garantie module Sup' sous réserve du choix du module Plus.

### 3 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Gamme des Mers

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

	Adriatique	Baltique	Caspienne	Egée	Ionienne	Koro	Manche	Tasman
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE</b>								
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers								
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) <sup>(1)</sup>	150%	150%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	130%	130%	130%	155%	200%	200%	200%	200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(2)</sup>	(plafond/jour) 30 €	30 €	35 €	35 €	40 €	40 €	45 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Etablissements conventionnés</b>								
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité <sup>(4)</sup>	(plafond/jour) 45 €	60 €	75 €	90 €	110 €	110 €	115 €	125 €
<b>Etablissements non conventionnés</b>								
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	(Plafond/jour limité à 3500 € / an) 80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	130 €	150 €
Chambre particulière <sup>(4)</sup>								
<b>SOINS COURANTS</b>								
Consultations / visites généralistes								
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	155%	200%	200%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes								
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	150%	150%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	130%	130%	130%	155%	200%	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)								
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	175%	225%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	155%	200%	200%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an) -	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	50 €	60 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	-	20 €	25 €	30 €	30 €	35 €	40 €
<b>PHARMACIE</b>								
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives	(plafond/an) -	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	(plafond/an) 50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans	(plafond/an) -	-	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Vaccin anti-grippe non remboursé	(plafond/an) 12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
<b>DENTAIRE</b>								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	350%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	25%	125%	225%	175%	275%	325%	350%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* <sup>(5)</sup>	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
*Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 000 €	3 355 €	4 000 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	325%	350%	425%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	200%	250%	300%
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	(plafond/an) -	250 €	350 €	300 €	400 €	450 €	600 €	800 €
<b>OPTIQUE <sup>(4)</sup></b>								
Equipelement simple : monture + 2 verres SIMPLES	(Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) 100 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	470 €	470 €
Equipelement complexe : monture + au moins 1 verre COMPLEXE	200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	610 €
Equipelement très complexe : monture + au moins 1 verre TRES COMPLEXE	200 €	200 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Lentilles acceptées	(plafond/an) 100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 355 €	100% + 400 €	100% + 500 €	100% + 630 €
Lentilles refusées	(plafond/an) 80 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	(plafond/an) -	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
<b>APPAREILLAGE</b>								
Prothèses auditives acceptées	(plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 470 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées	(plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le RC) <sup>(7)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an) 230 €	230 €	400 €	400 €	500 €	500 €	550 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages <sup>(8)</sup>	100%	150%	200%	250%	300%	300%	400%	500%
<b>CURE</b>								
Cure thermale acceptée par le R.O. <sup>(9)</sup>	(plafond/an) -	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
<b>ALLOCATIONS</b>								
Naissance ou adoption (enfant < 10 ans) <sup>(10)</sup>	(Allocation forfaitaire) 75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Allocation enfant né sans vie <sup>(11)</sup>	(Allocation forfaitaire) 100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
Obsèques (allocation versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire, sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1 200 €	1 500 €

### 3 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Gamme des Mers suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

	Adriatique	Baltique	Caspienne	Egée	Ionienne	Koro	Manche	Tasman
<b>PRÉVENTION</b>								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>SERVICES</b>								
Assistance <sup>(12)</sup> : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports <sup>(13)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>MODULES OPTIONNELS POUVANT ÊTRE SOUSCRITS INDIVIDUELLEMENT *</b>								
Module Plus	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Module Sup'	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	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 la 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 exprimées 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 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%.

<sup>(2)</sup> Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

<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 euros par 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 et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

<sup>(5)</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>(6)</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>(7)</sup> Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

<sup>(8)</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>(9)</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>(10)</sup> 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 naissance ou adoption multiple.

<sup>(11)</sup> 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.

<sup>(12)</sup> Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

<sup>(13)</sup> Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

\* L'adhérent a la possibilité de souscrire en sus des garanties de l'option de base la garantie module Plus et le cas échéant la garantie module Sup' sous réserve du choix du module Plus.

## 4 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Garanties Océanile

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

	Rivage	Marine	Lagon	Embrun	Ecume	Dune	Alizes	Delta
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE</b>								
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal sur les actes visés à l'article R322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers								
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) <sup>(1)</sup>	150%	150%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	130%	130%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(2)</sup>	(plafond/jour) 30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Etablissements conventionnés</b>								
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité <sup>(4)</sup>	(plafond/jour) 45 €	60 €	75 €	90 €	90 €	90 €	90 €	125 €
<b>Etablissements non conventionnés</b>								
Frais de séjour <sup>(3)</sup>	(Plafond/jour limité à 3 500 € / an) 80 €	90 €	100 €	120 €	120 €	120 €	120 €	150 €
Chambre particulière <sup>(4)</sup>								
<b>SOINS COURANTS</b>								
Consultations / visites généralistes								
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes								
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	150%	150%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	130%	130%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)								
- Signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
- Non signataires du CAS <sup>(1)</sup>	100%	105%	130%	155%	200%	155%	200%	200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	60 €
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an) -	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien)	(Plafond/séance maxi 4 séances/an) -	-	-	-	-	15 €	15 €	40 €
<b>PHARMACIE</b>								
Pharmacie remboursée par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O.	(plafond/an) -	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	(plafond/an) 50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans	(plafond/an) -	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Vaccin anti-grippe	(plafond/an) 12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
<b>DENTAIRE</b>								
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	25%	125%	225%	175%	325%	175%	325%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* <sup>(5)</sup>	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
*Dans la limite d'un plafond annuel de	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 355 €	2 440 €	3 355 €	5 000 €
Orthodontie acceptée	125%	200%	300%	300%	350%	300%	350%	500%
Orthodontie refusée	-	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
Implantologie dentaire (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	(plafond/an) -	-	-	-	-	-	-	800 €
<b>OPTIQUE <sup>(4)</sup></b>								
Equipement simple : monture + 2 verres SIMPLES	100 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre COMPLEXE	(plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) 200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	610 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre TRES COMPLEXE	200 €	200 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	630 €
Lentilles acceptées	(plafond/an) 100% + 80 €	100% + 155 €	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 470 €
Lentilles refusées	(plafond/an) 80 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	(plafond/an) -	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
<b>APPAREILLAGE</b>								
Prothèses auditives acceptées	(plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 100% + 120 €	100% + 220 €	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées	(plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) 200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le RO) <sup>(7)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(plafond/an) 230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages <sup>(8)</sup>	100%	150%	200%	250%	250%	250%	250%	500%
<b>CURE</b>								
Cure thermale acceptée par le R.O. <sup>(9)</sup>	(plafond/an) -	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €

## 4 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Garanties Océanile suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

	Rivage	Marine	Lagon	Embrun	Ecume	Dune	Alizes	Delta
<b>ALLOCATIONS</b>								
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) <sup>(10)</sup>	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie <sup>(11)</sup>	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	500 €
Obsèques (allocation versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire, sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)		115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1 500 €
<b>PRÉVENTION</b>								
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>SERVICES</b>								
Assistance <sup>(12)</sup> : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass-Sports <sup>(13)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>MODULES OPTIONNELS POUVANT ÊTRE SOUSCRITS INDIVIDUELLEMENT*</b>								
Module Plus	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-	-	-
Module Sup'	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-	-	-

Les remboursements de la 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 EXPRIMEES EN EUROS 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).

La mise en œuvre de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et de la TAA (Tarification À l'Activité) fera l'objet, le cas échéant, d'une modification du présent tableau de garanties.

<sup>(1)</sup> 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%.

<sup>(2)</sup> Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

<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 euros par 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 et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

<sup>(5)</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>(6)</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>(7)</sup> Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

<sup>(8)</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>(9)</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>(10)</sup> 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 naissance ou adoption multiple.

<sup>(11)</sup> 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.

<sup>(12)</sup> Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

<sup>(13)</sup> Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

\* L'adhérent a la possibilité de souscrire en sus des garanties de l'option de base la garantie module Plus et le cas échéant la garantie module sup' sous réserve du choix du module Plus.

## 5 Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités Modules Plus, Sup'

MODULE PLUS		
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. (sans limitation d'âge)	(plafond/an/bénéficiaire)	60 €
Appareillage post opératoire (non pris en charge)	(plafond/an/bénéficiaire)	50 €
Psychothérapie	(plafond/séance - maxi 4 séances/an)	20 €/séance
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie	(plafond/séance - maxi 4 séances/an)	30 €/séance
Analyses hors nomenclature	(plafond/an)	300 €

MODULE SUP'		
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause (non pris en charge)	(plafond/an/bénéficiaire)	120 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil)	(plafond/an/bénéficiaire)	300 €
Vaccin non pris en charge	(plafond/an/bénéficiaire)	70 €
Amniocentèse (non prise en charge)	(plafond/an/bénéficiaire)	100 €
Fécondation in vitro (non prise en charge)	(plafond/an/bénéficiaire)	300 €

Le "Module Sup' " ne peut être souscrit qu'en complément du "Module Plus".  
Les règles de gestion applicables sont identiques à celles de la garantie principale.

## 6 Délais de stage \*

Opérations individuelles et collectives

GARANTIE / ÂGE DE L'ADHÉRENT ET DE LA PERSONNE PROTÉGÉE	CODE	JUSQU'À 55 ANS	DE 55 À 70 ANS	PLUS DE 70 ANS
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Chambre particulière et frais de séjour et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radio et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation enfant né sans vie	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres Garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

\* Les délais de stage s'appliquent pour les opérations individuelles et les opérations collectives à l'exception des seuls membres participants dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

### Délais de stage applicables en cas d'adoption des garanties suivantes :

#### “Module Plus” et “Module Sup”

Le délai de stage commence à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion et est fixé à trois mois. En cas d'adhésion simultanée au (ou aux) module(s) et à la garantie de base, le délai de stage sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation d'un précédent organisme de complémentaire santé ou en cas de Régime obligatoire ; toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage de trois mois.

## 7 Détail des typologies d'équipements optiques :

TYPE D'ÉQUIPEMENT	COMPOSITION ÉQUIPEMENT
Équipement simple	correction simple I monture + 2 verres simples
Équipement complexe	correction mixte simple / complexe I monture + 1 verre simple + 1 verre complexe
	correction complexe I monture + 2 verres complexes
Équipement très complexe	correction mixte complexe / très complexe I monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe
	correction mixte simple / très complexe I monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe
	correction très complexe I monture + 2 verres très complexes

  

VERRES SIMPLES	VERRES COMPLEXES	VERRES TRÈS COMPLEXES
verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre < = 4	verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre > 4 ou verres multifocaux sphéro cylindriques sphère -8<+8 ou verres multifocaux sphériques -4<+4	verres multifocaux sphéro cylindriques sphère HZ -8<+8 ou verres multifocaux sphériques HZ -4<+4

## 8 Liste des actes de prévention remboursés au moins au Ticket modérateur :

ACTES DE PRÉVENTION	
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006, listés ci-dessous, sont au moins remboursés au ticket modérateur :	
Détartrage annuel	Se référer au poste soins dentaires
Scellement des puits, sillons et fissures	Se référer au poste soins dentaires
Vaccinations prioritaires <sup>(1)</sup>	Se référer au poste pharmacie
Dépistage de l'Hépatite B	Se référer au poste examens de laboratoire
Dépistage des troubles de l'audition (audiométrie)	Se référer au poste actes techniques médicaux
Bilan du langage oral ou d'aptitude à l'acquisition du langage	Se référer au poste auxiliaires médicaux
Ostéodensitométrie remboursée par le R.O. signataire et non signataire du CAS <sup>(2)</sup>	Se référer au poste actes techniques médicaux

<sup>(1)</sup> Coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), méningite, diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges), vaccinations contre les infections invasives à pneumocoque pour les enfants de moins de 18 mois, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant.

<sup>(2)</sup> 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%.

## 9 Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire :

LISTE B - VACCINATIONS PRESCRITES NON REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE
Méningocoque à tiques
Hépatite A et B
Méningites à virus A et C
Leptospirose
Typhoïde
Fièvre jaune
Rage





CCMO Mutuelle  
6, avenue du Beauvaisis  
PAE du Haut-Villé  
CS 50993  
60014 Beauvais Cedex

Tel : 03 44 06 90 00  
Fax : 03 44 06 90 01

Courriel : [accueil@ccmo.fr](mailto:accueil@ccmo.fr)

Règlement applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 voté par l'Assemblée générale du 19 mai 2017  
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073