

Individuels

Groupe des professionnels indépendants



Annexe au Règlement mutualiste



TABLEAUX DES PRESTATIONS SANTÉ
COLLÈGE DES INDIVIDUELS
Applicables à compter du 1^{er} janvier 2018



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

SOMMAIRE

OPERATIONS INDIVIDUELLES

4 à 16

1	Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels Indépendants	Gamme des Aromatiques	4
2	Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels Indépendants	Gamme Modelia	6
3	Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels Indépendants	Gamme des Épices	9
4	Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels Indépendants	Gamme des Épices (Garanties Plus)	11
5	Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels Indépendants	Gamme des Épices (Garanties Sup')	13
6	Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels Indépendants	Gamme Océanile Gérant Majo	15

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

17

7	Délais de stage	Opérations individuelles et collectives	17
8	Détail des typologies d'équipements optiques		17
9	Liste des actes de prévention remboursés au moins au Ticket modérateur		17
10	Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire		17

1 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme des Aromatiques

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des Professionnels indépendants.

	MENTHE RO + RC	ANETH RO + RC	THYM RO + RC	SAUGE RO + RC	MELISSE RO + RC
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE					
Forfait hospitalier	Frais réels	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	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du Contrat d'Accès aux Soins ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	300% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnement : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	15 €	25 €	35 €	45 €	55 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%
Appareillage post-opératoire (plafond/an)	-	50 €	100 €	150 €	200 €
Etablissements conventionnés					
Frais de séjour ⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
Etablissements non conventionnés					
Frais de séjour ⁽³⁾ (plafond/jour / limité à 3 500 € par an)	-	90 €	100 €	110 €	120 €
Chambre particulière ⁽⁴⁾	-	-	-	75 €	100 €
SOINS COURANTS					
Consultations / Visites généralistes et spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	300% 200%	500% 200%
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%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%
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	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	250%	300%
Examens de laboratoire	100%	150%	200%	250%	300%
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	-	50 €	100 €	150 €	200 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O. (plafond/an)	-	-	-	75 €	100 €
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée à 65% et 30% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE					
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	150%	150%	300%
Inlays-Onlays remboursés par le R.O.	100%	150%	200%	250%	300%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	50%	100%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾	-	100%	150%	150%	150%
*Remboursement des prothèses dentaires dans la limite d'un plafond annuel de : (plafond/an)	-	1 400 €	1 600 €	2 000 €	2 500 €
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée **	50%	100%	200%	300%	400%
Orthodontie refusée	-	100%	125%	150%	200%
** Remboursement de l'orthodontie dans la limite d'un plafond annuel de : (plafond/an)	-	600 €	800 €	1 200 €	1 400 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	200 €	400 €	600 €	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾					
Équipement simple : monture + 2 verres simples (plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100%	200 €	300 €	350 €	470 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe	100%	300 €	400 €	500 €	610 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	100%	300 €	400 €	500 €	660 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100%	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Lentilles refusées (plafond/an)	-	100 €	200 €	200 €	200 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	100 €	300 €	500 €	700 €
APPAREILLAGE					
Prothèses auditives acceptées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100%	100% + 200 €	100% + 250 €	100% + 300 €	100% + 350 €
Prothèses auditives refusées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-	150 €	200 €	250 €	300 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	150%	200%	250%	300%
CURE					
Cure thermale acceptée par le R.O.	-	100%	100%	100%	100%
ALLOCATIONS					
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽⁹⁾ (Allocation forfaitaire)	-	150 €	200 €	250 €	300 €
Allocation enfant né sans vie ⁽⁹⁾ (Allocation forfaitaire)	-	200 €	300 €	400 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans) (plafond/an)	-	200 €	300 €	400 €	500 €
PREVENTION & MIEUX-ETRE					
Médecines douces (ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, diététicien, homéopathe non remboursé par le R.O.) (plafond/séance maxi 4 séances/an)	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Pédicure - podologie non remboursées par le R.O.	-	-	-	-	-
Psychothérapie	-	-	-	-	-
Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.	-	-	-	-	-
Contraceptifs prescrits non remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O.	-	-	-	-	-
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICES					
Assistance ⁽¹¹⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie PassSports ⁽¹²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Informations supplémentaires du tableau de garantie

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 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).

⁽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%.

⁽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⁾ 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).

⁽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⁾ 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.

⁽¹⁰⁾ 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.

⁽¹¹⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.

2 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme Modelia

Module n°1 (niveau 1 à 6) + **Module n°2** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module n°3** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module n°4** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module POP** ou **LIGHT** ou **ZEN** (= niveau du module n°1)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des Professionnels indépendants.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
MODULE N°1 : PHARMACIE ET SOINS COURANTS						
Consultations / visites généralistes						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	150%	250%	350%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	130%	200%	200%	200%
Consultations / visites spécialistes						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	250%	350%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	150%	250%	350%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	130%	200%	200%	200%
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux	100%	100%	150%	250%	350%	500%
Examens prescrits hors nomenclature	-	-	-	-	30% FR limité à 200 € / an	60% FR limité à 300 € / an
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%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 65% et à 30% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales remboursés à 15% par le R.O.	15%	15%	15%	100%	100%	100%
Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits et non remboursés par le RO. (hors contraception)	-	-	-	50 €	70 €	90 €
Prévention						
Médecines complémentaires (ostéopathie, acupuncture, chiropractie, homéopathie) et diététiques (limité 30 € par séance)	-	-	90 €/an	120 €/an	150 €/an	180 €/an
Psychologue : consultation en cas d'ALD ou de choc post traumatique (limité 40 € par séance) ⁽²⁾	-	60 €/an	80 €/an	120 €/an	160 €/an	180 €/an
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
MODULE N°2 : HOSPITALISATION						
Honoraires praticiens hospitaliers						
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	150%	150%	200%	300%	400%	500%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	130%	130%	180%	200%	200%	200%
Frais de séjour (établissement conventionné) ⁽³⁾⁽⁴⁾	150%	150%	200%	300%	400%	500%
Frais de séjour (établissement non conventionné) ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%	150%	250%	300%	400%
Chambre particulière (hors maternité) (établissement conventionné) ⁽⁵⁾	-	40 €/jour } 30 j/an	60 €/jour } 45 j/an	80 €/jour } 45 j/an	120 €/jour } 60 j/an	150 €/jour } 60 j/an
Chambre particulière (hors maternité) (établissement non conventionné) ⁽⁵⁾	-	25 €/jour } 30 j/an	40 €/jour } 45 j/an	55 €/jour } 45 j/an	70 €/jour } 60 j/an	90 €/jour } 60 j/an
Médicale et chirurgicale						
Forfait journalier	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
Plafond hospitalisation (établissement non conventionné - incluant frais de séjour et chambre particulière)	3 800 €	3 800 €	3 800 €	3 800 €	3 800 €	3 800 €
Frais de séjour acceptés en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (dans un établissement hospitalier conventionné)	-	-	-	80 €/jour (30 j/an)	100 €/jour (45 j/an)	120 €/jour (60 j/an)
Transport pris en charge sur prescription (hors cures thermales)	100%	100%	150%	150%	200%	200%
Frais de déplacement d'accompagnant si hôpital > 80 km du domicile ⁽⁶⁾	-	-	120 €	160 €	200 €	240 €
Frais d'hébergement d'accompagnant ⁽⁷⁾	-	-	80 €/jour (10 j/an)	80 €/jour (10 j/an)	80 €/jour (10 j/an)	80 €/jour (10 j/an)
Psychiatrie						
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prévoyance						
Allocations obsèques (limite d'âge 70 ans)	120 €	160 €	160 €	240 €	300 €	360 €
MODULE N°3 : DENTAIRE ET OPTIQUE						
Dentaire						
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	200%	300%	400%	500%
Prothèses dentaires fixes sur position visible et invisible remboursées par le R.O. ^(8.1)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément prothèses dentaires remboursées par le R.O. (sur dents visibles et invisibles) ^{(8.1)*}	-	50%	100%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (remboursement complémentaire sur dents visibles) ^(8.2)	-	-	+ 50%	+ 50%	+ 50%	+ 50%
Autres actes prothétiques dentaires remboursés par le R.O. ⁽⁹⁾	100%	100%	200%	300%	400%	500%
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)*	-	100 €/an	200 €/an	300 €/an	450 €/an	800 €/an
* Limite annuelle de remboursement prothèses et implantologie dentaires (année 1 / année 2 / année 3)	300 € / 600 € / 1 000 €	500 € / 1 000 € / 1 500 €	700 € / 1 400 € / 2 000 €	800 € / 1 600 € / 2 500 €	1 000 € / 2 000 € / 3 000 €	1 200 € / 2 400 € / 3 500 €
Optique⁽¹⁰⁾						
Equipement simple : monture + 2 verres simples (plafond biennal dont maxi 150 € pour la monture)	55 €	80 €	150 €	220 €	300 €	400 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (plafond biennal dont maxi 150 € pour la monture)	200 €	200 €	200 €	270 €	400 €	500 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe (plafond biennal dont maxi 150 € pour la monture)	200 €	200 €	200 €	270 €	400 €	500 €
Lentilles remboursées par le R.O.	100% + 30 €	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 100 €	100% + 125 €	100% + 150 €
Lentilles non remboursées par le R.O. (plafond par an)	30 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires hors honoraires	-	-	150 €	200 €	250 €	300 €
MODULE N°4 : APPAREILLAGE ET CURE						
Petits appareillages et autres dispositifs médicaux ⁽¹¹⁾	100%	100%	120%	150%	200%	300%
Gros appareillages (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par R.O.) ⁽¹²⁾	100%	100%	100%	120%	150%	200%
Prothèses auditives acceptées	100%	100%	120%	150%	200%	300%
Plafond complémentaire progressif sur appareillage et prothèses auditives (année 1 / année 2 / année 3) ⁽¹³⁾ (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-	50 € / 75 € / 100 €	100 € / 150 € / 200 €	150 € / 200 € / 300 €	200 € / 250 € / 400 €	250 € / 300 € / 450 €
Limite annuelle acoustique et gros appareillages	-	500 €	800 €	1 100 €	1 300 €	1 500 €
Cures thermales acceptées	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Plafond complémentaire cures thermales	-	-	75 €	175 €	250 €	350 €

2 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme Modelia suite

Module n°1 (niveau 1 à 6) + **Module n°2** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module n°3** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module n°4** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module POP** ou **LIGHT** ou **ZEN** (= niveau du module n°1)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des Professionnels indépendants.

	BASE	BASE	PLUS	CONFORT	TOP	TOP
MODULES COMPLEMENTAIRES						
MODULE POP						
Automédication (médicaments inscrits au Vidal et remboursés par le R.O.) ⁽¹⁴⁾	25 €	25 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Test de grossesse	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Dépenses de santé à l'étranger ⁽¹⁵⁾	-	-	50 €	80 €	80 €	80 €
Contraceptifs masculins et féminins ⁽¹⁶⁾	30 €	30 €	50 €	70 €	70 €	70 €
Sevrage tabagique (traitement par substituts nicotiques)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Vaccins internationaux	-	-	-	50 €	50 €	50 €
Chambre particulière maternité (établissement conventionné)	40 €/jour } 12 j/an	40 €/jour } 12 j/an	60 €/jour } 12 j/an	80 €/jour } 12 j/an	80 €/jour } 12 j/an	80 €/jour } 12 j/an
Chambre particulière maternité (établissement non conventionné)	25 €/jour } 12 j/an	25 €/jour } 12 j/an	40 €/jour } 12 j/an	55 €/jour } 12 j/an	55 €/jour } 12 j/an	55 €/jour } 12 j/an
Allocation naissance ou adoption (par enfant) ⁽¹⁷⁾	100 €	100 €	150 €	200 €	200 €	200 €
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ⁽²²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie PassSports ⁽²³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MODULE LIGHT						
Automédication (médicaments inscrits au Vidal et remboursés par le R.O.) ⁽¹⁴⁾	-	-	20 €	30 €	40 €	40 €
Test de grossesse	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Traitement stérilité, fécondation in vitro	100 €	100 €	150 €	250 €	350 €	350 €
Contraceptifs masculins et féminins ⁽¹⁶⁾	30 €	30 €	50 €	70 €	90 €	90 €
Sevrage tabagique (traitement par substituts nicotiques)	30 €	30 €	50 €	70 €	90 €	90 €
Psychologue infantile ou psychomotricien (enfant - de 16 ans, limité 30 € par séance)	-	-	90 € / an / enfant assuré	120 € / an / enfant assuré	150 € / an / enfant assuré	150 € / an / enfant assuré
Psychologue : aide à la parentalité et guidance parentale (limité 30 € par séance)	-	-	90 € / an / famille assurée	120 € / an / famille assurée	150 € / an / famille assurée	150 € / an / famille assurée
Frais de lit d'accompagnant pour enfant - de 16 ans ⁽¹⁸⁾ (par hospitalisation)	60 €	60 €	100 €	140 €	180 €	180 €
Chambre particulière maternité (établissement conventionné)	40 €/jour } 12 j/an	40 €/jour } 12 j/an	60 €/jour } 12 j/an	80 €/jour } 12 j/an	100 €/jour } 12 j/an	100 €/jour } 12 j/an
Chambre particulière maternité (établissement non conventionné)	25 €/jour } 12 j/an	25 €/jour } 12 j/an	40 €/jour } 12 j/an	55 €/jour } 12 j/an	70 €/jour } 12 j/an	70 €/jour } 12 j/an
Allocation naissance ou adoption (par enfant) ⁽¹⁷⁾	100 €	100 €	150 €	200 €	250 €	250 €
Plafond complémentaire progressif implantologie (année 1 / année 2 / année 3)	25 € / 50 € / 100 €	25 € / 50 € / 100 €	50 € / 75 € / 125 €	75 € / 100 € / 150 €	100 € / 150 € / 200 €	100 € / 150 € / 200 €
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément au ticket modérateur orthodontie acceptée**	25%	25%	75%	200%	300%	300%
Orthodontie refusée**	100 €	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €
**Limite annuelle de remboursement orthodontie (année 1 / année 2 / année 3)	1 500 € / 2 000 € / 2 500 €	1 500 € / 2 000 € / 2 500 €	1 500 € / 2 000 € / 2 500 €	1 500 € / 2 000 € / 2 500 €	1 500 € / 2 000 € / 2 500 €	1 500 € / 2 000 € / 2 500 €
Optique (-18 ans)						
Equipement simple : monture + 2 verres simples	60 €	60 €	90 €	120 €	150 €	150 €
Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (dont 150 € maximum pour la monture) ⁽¹⁹⁾	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Equipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe (dont 150 € maximum pour la monture) ⁽¹⁹⁾	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Lentilles remboursées par le R.O.	100% + 60 €	100% + 60 €	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 150 €
Lentilles non remboursées par le R.O. (plafond par an)	60 €	60 €	90 €	120 €	150 €	150 €
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ⁽²²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie PassSports ⁽²³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MODULE ZEN						
Pédicure, podologie (limité 30 € par séance) ⁽¹⁹⁾	50 €	50 €	75 €	100 €	150 €	150 €
Protection pour incontinence	50 €	50 €	75 €	100 €	150 €	150 €
Dépistage des troubles de l'audition ⁽²⁰⁾	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Ostéodensitométrie ou mammographie non remboursée	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Bilan mémoire ⁽²¹⁾	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Vaccins internationaux et anti grippal (avant 65 ans)	-	-	50 €	70 €	100 €	100 €
Consultation psychologique : passage à la retraite, destructuration familiale, syndrome dépressif lié à la ménopause (limité 30 € par séance)	-	-	90 € / assuré	120 € / assuré	150 € / assuré	150 € / assuré
Frais de lit d'accompagnant pour assuré de + 75 ans ⁽¹⁸⁾ (par hospitalisation)	100 €	100 €	140 €	180 €	180 €	180 €
Parodontologie (actes dentaires hors nomenclature) (année 1 / année 2 / année 3)	50 € / 75 € / 100 €	50 € / 75 € / 100 €	75 € / 100 € / 150 €	100 € / 150 € / 200 €	150 € / 200 € / 300 €	150 € / 200 € / 300 €
Opération de la cataracte : implants toriques ou multifocaux (année 1 / année 2 / année 3)	50 € / 75 € / 100 €	50 € / 75 € / 100 €	75 € / 100 € / 150 €	100 € / 150 € / 200 €	150 € / 200 € / 300 €	150 € / 200 € / 300 €
Accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) (année 1 / année 2 / année 3)	50 € / 75 € / 100 €	50 € / 75 € / 100 €	75 € / 100 € / 125 €	100 € / 125 € / 150 €	125 € / 150 € / 175 €	125 € / 150 € / 175 €
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ⁽²²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie PassSports ⁽²³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

2 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme Modelia suite

Module n°1 (niveau 1 à 6) + **Module n°2** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module n°3** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module n°4** (niveau +/- 2 que le module n°1) + **Module POP** ou **LIGHT** ou **ZEN** (= niveau du module n°1)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des Professionnels indépendants.

LES PRÉPACKAGÉS MODELIA					
FORMULE	PHARMACIE ET SOINS COURANTS	HOSPITALISATION	DENTAIRE / OPTIQUE	APPAREILLAGE ET CURE	MODULE COMPLÉMENTAIRE
Jeune/POP_BASE1	Niveau 1	Niveau 1	Niveau 1	Niveau 1	Module POP niveau Base
Jeune/POP_BASE2	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 1	Module POP niveau Base
Jeune/POP_PLUS	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 2	Module POP niveau Plus
Famille/LIGHT_BASE	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 1	Module LIGHT niveau Base
Famille/LIGHT_PLUS	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 2	Module LIGHT niveau Plus
Famille/LIGHT_CONF2	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 3	Module LIGHT niveau Confort
Famille/LIGHT_TOP2	Niveau 5	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 4	Module LIGHT niveau Top
Senior/ZEN_BASE2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Module ZEN niveau Base
Senior/ZEN_PLUS2	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 5	Niveau 4	Module ZEN niveau Plus
Senior/ZEN_CONF2	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 6	Niveau 6	Module ZEN niveau Confort

FORMULE	PHARMACIE ET SOINS COURANTS	HOSPITALISATION	DENTAIRE / OPTIQUE	APPAREILLAGE ET CURE	MODULE COMPLÉMENTAIRE
Famille/LIGHT_CONF	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 3	Module LIGHT niveau Confort
Famille/LIGHT_TOP	Niveau 5	Niveau 5	Niveau 5	Niveau 4	Module LIGHT niveau Top
Senior/ZEN_BASE	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Module ZEN niveau Base
Senior/ZEN_PLUS	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 5	Niveau 4	Module ZEN niveau Plus
Senior/ZEN_CONF	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 6	Niveau 6	Module ZEN niveau Confort

Informations supplémentaires du tableau de garantie

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).

Pour les actes de prévention ostéodensitométrie et détartrage définis par l'arrêté du 8 juin 2006, se référer au poste soins dentaires (pour le détartrage) et au poste actes techniques (pour l'ostéodensitométrie). Les délais de stage applicables aux présentes garanties sont détaillés dans les règles de gestion du règlement mutualiste.

⁽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%.

⁽²⁾ Consultation réalisée par un psychologue diplômé. Choc traumatique : constaté par certificat médical d'un médecin. Fournir attestation de reconnaissance ALD ou certificat médecin + facture précisant les coordonnées complètes du praticien et le diplôme de sa spécialité.

⁽³⁾ Excluant les maisons de repos, de convalescence ou de rééducation.

⁽⁴⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. Télévision prise en charge après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) dans la limite de 2 €/jour.

⁽⁵⁾ L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

⁽⁶⁾ Frais de déplacement (voiture particulière, taxi, train) entre le lieu de résidence et le lieu d'hospitalisation. Le lieu d'hospitalisation doit être un établissement conventionné et demandé par le médecin traitant (sauf en cas d'urgence). En cas d'usage du véhicule personnel, remboursement sur la base d'un forfait de 0,5€ / km.

⁽⁷⁾ Frais d'hébergement (limités exclusivement à la chambre et au petit déjeuner) dans un hôtel proche du lieu d'hospitalisation.

^(8.1) Prothèses fixes métalliques ou céramiques et couronne implanto-portée

^(8.2) Prothèses fixes métalliques ou céramiques et couronne implanto-portée en localisation unitaire sur canines incisives et prémolaires

⁽⁹⁾ Dont prothèses fixes métalliques ou céramiques et couronne implanto-portée en localisation unitaire sur molaires et dents de sagesse ou en localisation plurale

⁽¹⁰⁾ 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 €.

⁽¹¹⁾ Orthopédie, appareillages et accessoires acceptés par le R.O., à l'exception des prothèses optiques et auditives, des podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants et des véhicules pour handicapés.

⁽¹²⁾ Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants, fauteuil roulant, poussette, tricycle et chassis acceptés par le R.O..

⁽¹³⁾ Intègre un réglage maximum par an et par prothèse pour les prothèses auditives.

⁽¹⁴⁾ Médicaments à prescription facultative, inscrits au Vidal, remboursés par le R.O. lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume,...).

⁽¹⁵⁾ Nature des frais ouvrant droit au plafond : frais non remboursés par le R.O. incluant honoraires médicaux, frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien, frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche, frais d'hospitalisation à condition que le bénéficiaire soit jugé intransportable par décision d'un médecin ou d'un chirurgien, frais dentaires d'urgence.

⁽¹⁶⁾ Stérilet, préservatif, patch, anneau, spermicides, pilule non remboursée par le R.O. achetés en pharmacie ou parapharmacie. Les pilules doivent avoir été prescrites.

⁽¹⁷⁾ Prestation doublée en cas de naissance ou adoption multiple (si inscription dans les 2 mois). Prestation également versée pour les enfants nés sans vie.

⁽¹⁸⁾ Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de Parents, Foyers d'Accueil pour Familles de Malades Hospitalisés et structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

⁽¹⁹⁾ Soins dispensés par des podologues diplômés. Les petits matériels, accessoires, produits ne sont pas pris en charge.

⁽²⁰⁾ Examen inscrit dans la liste des actes de prévention du contrat responsable : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, Audiom.

⁽²¹⁾ Examen prescrit par un médecin, réalisé par un spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) et non remboursé par le R.O.

⁽²²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽²³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS)

FR : Frais Réels R.O. : Régime Obligatoire.

3 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme des Épices

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des professionnels indépendants.

	REMBOURSEMENTS R.O. + CCMO MUTUELLE									
	CORIANDRE RO + RC	BADIANE RO + RC	CUMIN RO + RC	BASILIC RO + RC	PAPRIKA RO + RC	ORIGAN RO + RC	CANNELLE RO + RC	ROMARIN RO + RC	MUSCADE RO + RC	VANILLE RO + RC
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE										
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	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.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	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 ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	20 €	30 €	30 €	30 €	45 €	45 €	60 €	60 €	75 €	75 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	-	-	-	50 €	-	50 €	-	50 €	-	-
Etablissements conventionnés										
Frais de séjour ⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	45 €	60 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €	120 €	140 €	140 €
Etablissements non conventionnés										
Frais de séjour (plafond/jour / limité à 3 500 € par an)	-	90 €	90 €	90 €	120 €	120 €	130 €	130 €	150 €	150 €
Chambre particulière	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOINS COURANTS										
Consultations / Visites généralistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Consultations / Visites spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	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%	100%	100%
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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	300%
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	-	75 €	75 €	75 €	75 €	125 €	125 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	-	-	-	300 €	-	300 €	-	300 €	-	-
Psychothérapie (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	20 €	-	20 €	-	20 €	-	-
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	12 €	-	35 €	12 €	40 €	12 €	45 €	15 €	15 €
PHARMACIE										
Pharmacie remboursée à 65% et 30% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. (x2 pour les 18/35 ans)(plafond/an)	-	20 €	-	50 €	23 €	50 €	23 €	50 €	30 €	30 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Pilule contraceptive non remboursée par le R.O. (plafond/an)	-	30€	-	30 €	45 €	40 €	45 €	45 €	60 €	60 €
DENTAIRE										
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	250%	200%	200%	300%	300%	400%	400%	500%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	-	150%	100%	200%	200%	250%	300%	350%	400%	400%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* ⁽⁵⁾ *Dans la limite d'un plafond annuel de (plafond/an)	-	1 350 €	1 145 €	1 400 €	1 830 €	1 830 €	2 400 €	2 400 €	3 050 €	3 050 €
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée**	50%	150%	100%	150%	200%	200%	300%	300%	400%	400%
Orthodontie refusée** *Dans la limite d'un plafond annuel de (plafond/an)	-	125% 610 €	100% 610 €	100% 610 €	150% 610 €	150% 610 €	200% 1 220 €	200% 1 220 €	250% 1 220 €	250% 1 220 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	-	-	400 €	-	500 €	-	600 €	-	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾										
Équipement simple : monture + 2 verres simples	100%	205 €	125 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100%	205 €	200 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	100%	205 €	200 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100%	100% + 205 €	100% + 125 €	100% + 250 €	100% + 275 €	100% + 325 €	100% + 350 €	100% + 400 €	100% + 400 €	100% + 450 €
Lentilles refusées, jetables (plafond/an)	-	205 €	125 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	75 €	-	-	100 €	100 €	100 €	100 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE										
Prothèses auditives acceptées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 70 €	100% + 270 €	100% + 220 €	100% + 220 €	100% + 370 €	100% + 370 €	100% + 520 €	100% + 520 €	100% + 680 €	100% + 680 €
Prothèses auditives refusées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	75 €	175 €	150 €	150 €	230 €	230 €	300 €	300 €	380 €	380 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	250%	200%	200%	300%	300%	400%	400%	500%	500%

3 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme des Épices suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des professionnels indépendants.

	REMBOURSEMENTS R.O. + CCMO MUTUELLE										
	CORIANDRE RO + RC	BADIANE RO + RC	CUMIN RO + RC	BASILIC RO + RC	PAPRIKA RO + RC	ORIGAN RO + RC	CANNELLE RO + RC	ROMARIN RO + RC	MUSCADE RO + RC	VANILLE RO + RC	
CURE											
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/an)	-	150 €	150 €	150 €	300 €	300 €	400 €	400 €	610 €	610 €
ALLOCATIONS											
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	150 €	150 €	230 €	230 €	300 €	300 €	380 €	400 €
Enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	200 €	200 €	300 €	300 €	350 €	350 €	400 €	450 €
Obsèques	(plafond/an)	150 €	300 €	300 €	300 €	450 €	450 €	600 €	600 €	770 €	800 €
PREVENTION											
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	Oui	Oui
SERVICES											
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass'Sports ⁽¹³⁾		Oui	Oui	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 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).

⁽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%.

⁽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⁾ 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 monture. 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⁾ 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.

⁽¹¹⁾ 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.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS)

4 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme des Épices (Garanties Plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des professionnels indépendants.

	REMBOURSEMENTS R.O. + CCMO MUTUELLE									
	CORIANDRE PLUS	BADIANE PLUS	CUMIN PLUS	BASILIC PLUS	PAPRIKA PLUS	ORIGAN PLUS	CANNELLE PLUS	ROMARIN PLUS	MUSCADE PLUS	VANILLE PLUS
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE										
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	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.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	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 ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	20 €	30 €	30 €	30 €	45 €	45 €	60 €	60 €	75 €	75 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	-	-	-	50 €	-	50 €	-	50 €	-	-
Etablissements conventionnés										
Frais de séjour ⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	45 €	60 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €	120 €	140 €	140 €
Etablissements non conventionnés										
Frais de séjour (plafond/jour / limité à 3 500 € par an)	-	90 €	90 €	90 €	120 €	120 €	130 €	130 €	150 €	150 €
Chambre particulière	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOINS COURANTS										
Consultations / Visites généralistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Consultations / Visites spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	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%	100%	100%
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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	300%
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	-	75 €	75 €	75 €	75 €	125 €	125 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	-	-	-	300 €	-	300 €	-	300 €	-	-
Psychothérapie (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	20 €	-	20 €	-	20 €	-	-
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	12 €	-	35 €	12 €	40 €	12 €	45 €	15 €	15 €
PHARMACIE										
Pharmacie remboursée à 65% et 30% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. (x2 pour les 18/35 ans)(plafond/an)	-	20 €	-	50 €	23 €	50 €	23 €	50 €	30 €	30 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Pilule contraceptive non remboursée par le R.O. (plafond/an)	-	30€	-	30 €	45 €	40 €	45 €	45 €	60 €	60 €
DENTAIRE										
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	250%	200%	200%	300%	300%	400%	400%	500%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	-	150%	100%	200%	200%	250%	300%	350%	400%	400%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* ⁽⁵⁾ *Dans la limite d'un plafond annuel de (plafond/an)	-	1 350 €	1 145 €	1 400 €	1 830 €	1 830 €	2 400 €	2 400 €	3 050 €	3 050 €
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée**	50%	150%	100%	150%	200%	200%	300%	300%	400%	400%
Orthodontie refusée** *Dans la limite d'un plafond annuel de (plafond/an)	-	125% 610 €	100% 610 €	100% 610 €	150% 610 €	150% 610 €	200% 1 220 €	200% 1 220 €	250% 1 220 €	250% 1 220 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	-	-	400 €	-	500 €	-	600 €	-	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾										
Équipement simple : monture + 2 verres simples	100%	205 €	125 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100%	205 €	200 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	100%	205 €	200 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100%	100% + 205 €	100% + 125 €	100% + 250 €	100% + 275 €	100% + 325 €	100% + 350 €	100% + 400 €	100% + 400 €	100% + 450 €
Lentilles refusées, jetables (plafond/an)	-	205 €	125 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	75 €	-	-	100 €	100 €	100 €	100 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE										
Prothèses auditives acceptées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 70 €	100% + 270 €	100% + 220 €	100% + 220 €	100% + 370 €	100% + 370 €	100% + 520 €	100% + 520 €	100% + 680 €	100% + 680 €
Prothèses auditives refusées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	75 €	175 €	150 €	150 €	230 €	230 €	300 €	300 €	380 €	380 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	250%	200%	200%	300%	300%	400%	400%	500%	500%

4 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme des Épices (Garanties Plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des professionnels indépendants.

	REMBOURSEMENTS R.O. + CCMO MUTUELLE										
	CORIANDRE PLUS	BADIANE PLUS	CUMIN PLUS	BASILIC PLUS	PAPRIKA PLUS	ORIGAN PLUS	CANNELLE PLUS	ROMARIN PLUS	MUSCADE PLUS	VANILLE PLUS	
CURE											
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/an)	-	150 €	150 €	150 €	300 €	300 €	400 €	400 €	610 €	610 €
ALLOCATIONS											
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	150 €	150 €	230 €	230 €	300 €	300 €	380 €	400 €
Enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	200 €	200 €	300 €	300 €	350 €	350 €	400 €	450 €
Obsèques	(plafond/an)	150 €	300 €	300 €	300 €	450 €	450 €	600 €	600 €	770 €	800 €
PREVENTION											
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	Oui	Oui
SERVICES											
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass Sports ⁽¹³⁾		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE + (NON REMBOURSÉ PAR LE R.O.)											
Substituts nicotiniques non pris en charge par le R.O. (x2 pour les 18/35 ans) (plafond/an)		30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiothérapie)	(plafond/séance - maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Analyses hors nomenclatures	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie	(plafond/séance - maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Appareillage post opératoire non pris en charge	(plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €

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 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).

⁽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%.

⁽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⁾ 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 monture. 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⁾ 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.

⁽¹¹⁾ 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.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS)

5 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme des Épices (Garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des professionnels indépendants.

	REMBOURSEMENTS R.O. + CCMO MUTUELLE									
	CORIANDRE SUP'	BADIANE SUP'	CUMIN SUP'	BASILIC SUP'	PAPRIKA SUP'	ORIGAN SUP'	CANNELLE SUP'	ROMARIN SUP'	MUSCADE SUP'	VANILLE SUP'
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE										
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	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.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	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 ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	20 €	30 €	30 €	30 €	45 €	45 €	60 €	60 €	75 €	75 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Appareillage post opératoire non pris en charge (plafond/an)	-	-	-	50 €	-	50 €	-	50 €	-	-
Etablissements conventionnés										
Frais de séjour ⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	45 €	60 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €	120 €	140 €	140 €
Etablissements non conventionnés										
Frais de séjour (plafond/jour / limité à 3 500 € par an)	-	90 €	90 €	90 €	120 €	120 €	130 €	130 €	150 €	150 €
Chambre particulière	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOINS COURANTS										
Consultations / Visites généralistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Consultations / Visites spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100% 100%	150% 130%	200% 180%	200% 180%	300% 200%	300% 200%	400% 200%	400% 200%	500% 200%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	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%	100%	100%
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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	300%
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	-	-	-	75 €	75 €	75 €	75 €	125 €	125 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Analyses hors nomenclature (plafond/an)	-	-	-	300 €	-	300 €	-	300 €	-	-
Psychothérapie (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	20 €	-	20 €	-	20 €	-	-
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	12 €	-	35 €	12 €	40 €	12 €	45 €	15 €	15 €
PHARMACIE										
Pharmacie remboursée à 65% et 30% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. (x2 pour les 18/35 ans)(plafond/an)	-	20 €	-	50 €	23 €	50 €	23 €	50 €	30 €	30 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Pilule contraceptive non remboursée par le R.O. (plafond/an)	-	30€	-	30 €	45 €	40 €	45 €	45 €	60 €	60 €
DENTAIRE										
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	250%	200%	200%	300%	300%	400%	400%	500%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	-	150%	100%	200%	200%	250%	300%	350%	400%	400%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* ⁽⁵⁾ *Dans la limite d'un plafond annuel de (plafond/an)	-	1 350 €	1 145 €	1 400 €	1 830 €	1 830 €	2 400 €	2 400 €	3 050 €	3 050 €
Orthodontie acceptée	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire orthodontie acceptée**	50%	150%	100%	150%	200%	200%	300%	300%	400%	400%
Orthodontie refusée** *Dans la limite d'un plafond annuel de (plafond/an)	-	125% 610 €	100% 610 €	100% 610 €	150% 610 €	150% 610 €	200% 1 220 €	200% 1 220 €	250% 1 220 €	250% 1 220 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	-	-	400 €	-	500 €	-	600 €	-	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾										
Équipement simple : monture + 2 verres simples	100%	205 €	125 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	100%	205 €	200 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	100%	205 €	200 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100%	100% + 205 €	100% + 125 €	100% + 250 €	100% + 275 €	100% + 325 €	100% + 350 €	100% + 400 €	100% + 400 €	100% + 450 €
Lentilles refusées, jetables (plafond/an)	-	205 €	125 €	250 €	275 €	325 €	350 €	400 €	400 €	450 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	75 €	-	-	100 €	100 €	100 €	100 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE										
Prothèses auditives acceptées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 70 €	100% + 270 €	100% + 220 €	100% + 220 €	100% + 370 €	100% + 370 €	100% + 520 €	100% + 520 €	100% + 680 €	100% + 680 €
Prothèses auditives refusées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	75 €	175 €	150 €	150 €	230 €	230 €	300 €	300 €	380 €	380 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	100%	250%	200%	200%	300%	300%	400%	400%	500%	500%

5 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme des Épices (Garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents catégorie des professionnels indépendants.

	REMBOURSEMENTS R.O. + CCMO MUTUELLE										
	CORIANDRE SUP'	BADIANE SUP'	CUMIN SUP'	BASILIC SUP'	PAPRIKA SUP'	ORIGAN SUP'	CANNELLE SUP'	ROMARIN SUP'	MUSCADE SUP'	VANILLE SUP'	
CURE											
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾	(plafond/an)	-	150 €	150 €	150 €	300 €	300 €	400 €	400 €	610 €	610 €
ALLOCATIONS											
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	150 €	150 €	230 €	230 €	300 €	300 €	380 €	400 €
Enfant né sans vie ⁽¹¹⁾	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	200 €	200 €	300 €	300 €	350 €	350 €	400 €	450 €
Obsèques	(plafond/an)	150 €	300 €	300 €	300 €	450 €	450 €	600 €	600 €	770 €	800 €
PREVENTION											
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	Oui	Oui
SERVICES											
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass Sports ⁽¹³⁾		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GARANTIE + (NON REMBOURSÉ PAR LE R.O.)											
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an)	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Substituts nicotiniques non pris en charge par le R.O. (x2 pour les 18/35 ans)	(plafond/an)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Pilules contraceptives et traitement de la ménopause (non prise en charge)	(plafond/an)	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie	(plafond/séance - maxi 4 séances/an)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil)	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Analyses hors nomenclatures	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Psychothérapie	(plafond/séance - maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Appareillage post opératoire non pris en charge	(plafond/an)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Fécondation in vitro non prise en charge	(plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Vaccins non pris en charge	(plafond/an)	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €

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).

⁽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%.

⁽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⁾ 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 monture. 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⁾ 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.

⁽¹¹⁾ 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.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS)

6 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme Océanile Gérant Majo

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes uniquement aux travailleurs non salariés ayant la qualité de gérant majoritaire au sein d'une société.

	LAGON MAJO	DUNE MAJO	ALIZES MAJO	DELTA MAJO
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE				
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 ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ (plafond/jour)	30 €	30 €	30 €	50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Etablissements conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité ⁽⁴⁾ (plafond/jour)	75 €	90 €	90 €	125 €
Etablissements non conventionnés				
Frais de séjour ⁽³⁾ (plafond/jour / limité à 3 500 € par an)	100 €	120 €	120 €	150 €
SOINS COURANTS				
Consultations / Visites généralistes et spécialistes - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ⁽¹⁾ - Non signataires du CAS ⁽¹⁾	150% 130%	175% 155%	300% 200%	500% 200%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Majorations et indemnités remboursés par le R.O.	100%	100%	100%	100%
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	100%	125%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	125%	150%	300%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	60 €
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	-	125 €	125 €	125 €
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien) (plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	15 €	15 €	40 €
PHARMACIE				
Pharmacie remboursée par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Pilules contraceptives non remboursées (plafond/an)	-	60 €	60 €	60 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	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 non remboursé (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €
DENTAIRE				
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	125%	150%	500%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	225%	175%	325%	375%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* ⁽⁵⁾ *Dans la limite d'un plafond annuel de	150% 2 745 €	150% 2 440 €	200% 3 355 €	300% 5 000 €
Orthodontie acceptée	300%	300%	350%	500%
Orthodontie refusée	150%	150%	200%	300%
Implantologie dentaire (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) (plafond/an)	-	-	-	800 €
OPTIQUE⁽⁶⁾				
Équipement simple : monture + 2 verres simples	245 €	305 €	400 €	470 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe (plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture)	245 €	305 €	400 €	610 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	245 €	305 €	400 €	630 €
Lentilles acceptées (plafond/an)	100% + 245 €	100% + 305 €	100% + 400 €	100% + 470 €
Lentilles refusées (plafond/an)	245 €	305 €	400 €	470 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (plafond/an)	-	125 €	125 €	125 €
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives acceptées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100% + 320 €	100% + 420 €	100% + 420 €	100% + 520 €
Prothèses auditives refusées (plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	400 €	500 €	500 €	600 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	230 €	230 €	230 €	600 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁸⁾	200%	250%	250%	500%
CURE				
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽⁹⁾ (plafond/an)	315 €	400 €	400 €	500 €
ALLOCATIONS				
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ⁽¹⁰⁾ (Allocation forfaitaire)	225 €	300 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie ⁽¹¹⁾ (Allocation forfaitaire)	300 €	400 €	400 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans) (plafond/an)	450 €	900 €	900 €	1 500 €
ALLOCATIONS				
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICES				
Assistance ⁽¹²⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass Sports ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

6 Tableau des prestations - Catégorie des Professionnels indépendants Gamme Océanile Gérant Majo suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes uniquement aux travailleurs non salariés ayant la qualité de gérant majoritaire au sein d'une société.

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).

⁽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%.

⁽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⁾ 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⁾ 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.

⁽¹¹⁾ 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.

⁽¹²⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

⁽¹³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs (MDS).

7 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.

8 Détail des typologies d'équipements optiques :

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

9 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 ⁽¹⁾	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 ⁽²⁾	Se référer au poste actes techniques médicaux

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ 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%.

10 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

Règlement applicable à compter du 1^{er} 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