




Complémentaire santé Particuliers



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Tableau de garanties

Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le Régime Obligatoire (R.O.)

		RÉGIME RESPONSABLE
		R.O. + RC
		Zeni'OR 2
 HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE	Forfait hospitalier	Frais réels
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels
	Honoraires praticiens hospitaliers	
	- Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾	150%
	- Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	130%
	Transport accepté par le R.O.	100%
	Frais d'accompagnant ⁽²⁾	plafond/jour 30 €
	Etablissements conventionnés	
	Frais de séjour ⁽³⁾	100%
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond/jour 50 €
Etablissements non conventionnés	Frais de séjour ⁽³⁾	
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	plafond / jour limité à 3500€ par an 40 €

⁽¹⁾ Le DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) est un dispositif par lequel le praticien s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents au DPTM est au moins inférieure de 20% à celle des dépassements d'honoraires des praticiens adhérents au DPTM. Elle est limitée au maximum à 200%.

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

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 €/jour.

⁽⁴⁾ La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an et 45 jours par an en psychiatrie. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière. La chambre particulière maternité n'est pas prise en charge.

 SOINS COURANTS	Consultations / visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)	
	- Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾	150%
	- Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	130%
	Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100%
	Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100%
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels
	Auxiliaires médicaux, examens de laboratoire	120%
Analyses hors nomenclature	plafond/an 50 €	
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	plafond/an 40 €	
 PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE	Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, psychothérapie, sexologie par un psychologue, réflexologie, consultation pédicure-podologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, micro-kinésithérapie, hypnothérapie	plafond/an 150 €
	Activité physique adaptée sur prescription médicale du médecin traitant dispensée par un masseur kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un professionnel de sport dûment autorisé ⁽⁵⁾	plafond/séance maxi 10 séances/an 25 €
	Vaccins prescrits non remboursés par le R.O. (vaccin antigrippe, vaccin voyage...)	plafond/an 20 €
	Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O.	plafond/an 20 €
	Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur	
 PHARMACIE	Pharmacie remboursée par le R.O.	100%
	Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O. ⁽⁶⁾	plafond/an 60 €
	Protections incontinence (achetées en pharmacie ou grandes surfaces sur présentation d'une facture nominative)	plafond/an 35 €
⁽⁶⁾ Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.		
 DENTAIRE	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	150%
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanta-portée)	plafond/prothèse maxi 3 prothèses/an 100% + 350 €
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ⁽⁷⁾	plafond / an 150 €
	Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle) ⁽⁸⁾	
	Plafond année 1	plafond / an 300 €
	Plafond année 2 (après 12 mois d'adhésion)	600 €
	Plafond année 3 (après 24 mois d'adhésion)	900 €
	Parodontologie non remboursée par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	plafond/an 150 €
Orthodontie acceptée par le R.O.	plafond/an 100%	
Orthodontie refusée par le R.O.	plafond/an 100 €	

⁽⁷⁾ 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).

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

Label d'Excellence décerné par un jury d'experts en produit d'assurance, valable 1 an.

Pour en savoir plus, consultez le site de l'organisme Les Dossiers de l'Épargne (www.lesdossiers.com).



Complémentaire santé Particuliers



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Tableau de garanties (suite)

Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le Régime Obligatoire (R.O.)

		RÉGIME RESPONSABLE
		R.O. + RC
		Zeni'OR 2
OPTIQUE	Equipement simple : monture + 2 verres simples	190 €
	Equipement mixte : monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	290 €
	Equipement complexe : monture + 2 verres complexes	390 €
	Equipement mixte : monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	300 €
	Equipement mixte : monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	400 €
	Equipement très complexe : monture + 2 verres très complexes	420 €
	Lentilles acceptées par le R.O., jetables	plafond/an 100% + 200 €
	Lentilles refusées par le R.O., jetables	plafond/an 200 €
Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an 100 €	
⁽⁹⁾ Le plafond biennal (1 consommation 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 €.		
APPAREILLAGE	Prothèses auditives acceptées ou refusées par le R.O. ⁽¹⁰⁾	
	Plafond année 1	100% + 600 €
	Plafond année 2 (après 1 an sans consommation)	100% + 690 €
	Plafond année 3 (après 2 ans sans consommation)	100% + 780 €
	Plafond année 4 (après 3 ans sans consommation)	100% + 900 €
	Plafond année 5 (après 4 ans sans consommation)	100% + 1050 €
	Plafond année 6 (après 5 ans sans consommation)	100% + 1200 €
Accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires)	plafond/an 20 €	
Gros appareillage ⁽¹¹⁾	100%	
Complément véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	plafond/an 400 €	
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽¹²⁾	150%	
⁽¹⁰⁾ Le plafond audioprothèses reportable est une majoration du plafond conformément aux modalités d'application précisées dans le Règlement Mutualiste Santé.		
⁽¹¹⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.		
⁽¹²⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.		
CURE	Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹³⁾	plafond/an 200 €
⁽¹³⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.		
SERVICES	Assistance ⁽¹⁴⁾ : aide-ménagère, garde d'animaux, portage de médicaments en cas d'hospitalisation...	Oui
	Garantie Pass'Sports ⁽¹⁵⁾ : prestations complémentaires lors d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, touristiques, de loisirs et de la vie courante	Oui
	Téléconsultation médicale ⁽¹⁶⁾ : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7	Oui
⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.		
⁽¹⁵⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.		
⁽¹⁶⁾ Cette prestation est assurée par un partenaire.		

Les remboursements CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutuelle valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1 € ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. Les limites et franchises CCMO Mutuelle exprimées en euros interviennent sur le seul remboursement mutuelle et ne portent que sur les remboursements complémentaires au ticket modérateur.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le régime obligatoire (tarif d'autorité).

R.O. = Régime obligatoire