

# ZENI'OR SANTÉ



IL EST L'OR!  
DE CHOISIR SA MUTUELLE.  
**MON SENIOR**

CONFORME  
**100%**  
**SANTÉ**

**CCMO** SANTÉ PRÉVOYANCE  
**MUTUELLE**

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

# Complémentaire santé PARTICULIERS

**CONFORME**  
**100% SANTÉ**

4 niveaux de garanties au choix conformes à la réforme 100% Santé

## Le + CCMO

Application du remboursement intégral des soins et équipements du panier **100% Santé sur l'optique, le dentaire et les aides auditives au 1<sup>er</sup> janvier 2020.**

Une adhésion dès 55 ans, sans limite d'âge

La prise en charge du sport sur ordonnance (selon les conditions précisées dans le tableau de garanties)

Un panel élargi de thérapies complémentaires et médecines douces

Un plafond progressif sur les implants dentaires permettant de tripler son plafond après 2 années d'adhésion

Une assistance vie quotidienne en cas d'hospitalisation, assistance rapatriement et service de téléconsultation médicale

**93%**  
de nos adhérents nous recommandent.\*

\* Baromètre de satisfaction 2019 réalisé par le cabinet d'étude Init auprès d'un panel représentatif d'environ 400 adhérents. INIT - 2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL - France Société par Actions Simplifiée au capital de 110 000 € N°SIREN : 401 935 853.

**98%** des nouveaux adhérents sont satisfaits de leur processus d'adhésion.\*



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).

## EXTRAIT DE GARANTIES

### RÉGIME RESPONSABLE

Se référer aux tableaux de garanties pour connaître le détail de toutes les prestations. 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.).

		Zeni'OR 1	Zeni'OR 2	Zeni'OR 3	Zeni'OR 4	
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>HONORAIRES</b> • Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup> • Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR 100% BR	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR	300% BR 200% BR	
	<b>ETABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS</b> • Frais de séjour <sup>(2)</sup> • Chambre particulière <sup>(3)</sup>	Plafond/jour Frais réels 60 €	Frais réels 60 €	Frais réels 60 €	Frais réels 70 €	
	<b>ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS</b> • Frais de séjour <sup>(2)</sup> • Chambre particulière	Plafond par jour limité à 3500 €/an 100% BR -	100% BR + 40 €	100% BR + 60 €	100% BR + 80 €	
	<b>AUTRES PRESTATIONS</b> • Forfait journalier hospitalier • Frais d'accompagnement <sup>(4)</sup> • Transport accepté par le R.O.	Plafond/jour Frais réels 25 € 100% BR	Frais réels 30 € 100% BR	Frais réels 35 € 100% BR	Frais réels 40 € 100% BR	
<small>(1) Le DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisé) 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) 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. (3) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière. La chambre particulière en maternité n'est pas prise en charge. (4) Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée.</small>						
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>HONORAIRES MÉDICAUX GÉNÉRALISTES ET SPECIALISTES, ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX</b> (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements) • Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup> • Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup> • Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	Plafond/an 100% BR 100% BR 40 €	150% BR 130% BR 40 €	200% BR 180% BR 40 €	300% BR 200% BR 40 €	
	<b>PARAMÉDICAL</b> • Honoraires paramédicaux • Médecines douces et honoraires paramédicaux (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, psychothérapie, consultation pédicurie-podologie, naturopathie, réflexologie, sophrologie, kinésiothérapie, sexologie par un psychologue, hypnothérapie, microkinésithérapie) non remboursés par le R.O.	Plafond/an 100% BR 50 €	120% BR 150 €	150% BR 200 €	200% BR 250 €	
	• Activité physique adaptée sur prescription médicale du médecin traitant dispensée par un masseur kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un professionnel de sport dûment autorisé. (Versé uniquement sur présentation des justificatifs et factures. Seuls les patients atteints d'une affection longue durée peuvent bénéficier de cette prestation dispensée par un professionnel de santé ou de sport autorisé et ce dans les conditions déterminées au sein du décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016.)	Plafond/séance - maxi 10 séances/an 15 €	25 €	35 €	50 €	
	<b>ANALYSES ET EXAMENS</b> • Analyses et examens de biologie • Analyses hors nomenclature	Plafond/an 100% BR -	120% BR 50 €	150% BR 100 €	200% BR 150 €	
	<b>MÉDICAMENTS - PHARMACIE</b> • Médicaments remboursés par le R.O. • Médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O. • Vaccins prescrits non remboursés par le R.O. • Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O. • Protections incontinence (achetées en pharmacie ou grandes surfaces sur présentation d'une facture nominative)	Plafond/an Plafond/an Plafond/an Plafond/an 40 € 20 € 20 € 30 €	100% BR 100% BR 60 € 80 € 30 € 30 € 40 €	100% BR 100% BR 80 € 30 € 30 € 40 €	100% BR 100% BR 100 € 40 € 40 € 45 €	
	<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> • Dispositifs médicaux et appareillages <sup>(5)</sup> • Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) <sup>(6)</sup> • Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	Plafond/an 100% BR 100% BR -	150% BR 100% BR 400 €	250% BR 100% BR 400 €	350% BR 100% BR 400 €	
	<small>(5) A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants. (6) Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.</small>					
	<b>DENTAIRE</b>	<b>SOINS ET PROTHÈSES</b> (tels que définis réglementairement) <sup>(7)</sup> <b>SOINS DENTAIRES</b> (y compris implantologie remboursée par le R.O.) <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b> • Autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	Plafond limité aux honoraires limites de facturation (HLF) Frais réels 100% BR	Frais réels Frais réels 150% BR	Frais réels Frais réels 200% BR	Frais réels Frais réels 250% BR
		• Non remboursées par le R.O. <sup>(8)</sup>	Plafond/an -	150 €	250 €	350 €
		<b>ORTHODONTIE</b> • Remboursée par le R.O. • Non remboursée par le R.O.	Plafond/an Plafond/an 200 €	100% BR 100% BR 300 €	100% BR 100% BR 500 €	100% BR 100% BR 700 €
<b>IMPLANTOLOGIE DENTAIRE</b> non remboursée par le R.O. • Année 2 (après 12 mois d'adhésion) • Année 3 (après 24 mois d'adhésion) Le plafond progressif implantologie dentaire est une évolution du plafond sur 3 années conformément aux modalités d'application précisées dans le Règlement mutualiste santé.		Plafond/an Plafond/an 400 € Plafond/an 600 €	100% BR 100% BR 600 € 900 €	100% BR 100% BR 1000 € 1500 €	100% BR 100% BR 1400 € 2100 €	
<b>PARODONTOLOGIE</b> non remboursée par le R.O.		Plafond/an 100 €	150 €	200 €	250 €	
<small>(7) Le remboursement est limité à hauteur des honoraires limites de facturation, précisés par la Convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou par le règlement arbitral en l'absence de Convention. (8) 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).</small>						
<b>OPTIQUE</b> <sup>(9)</sup>		<b>EQUIPEMENTS 100% SANTÉ</b> (tels que définis réglementairement - CLASSE A) <sup>(10)</sup> • Monture / verres • Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSES A et B <sup>(10)</sup>	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels
	<b>EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B</b> • Monture • 1 verre simple • 1 verre complexe • 1 verre très complexe	1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation 50 € 100% BR 75 € 75 €	100 € 45 € 145 € 160 €	100 € 115 € 235 € 265 €	100 € 160 € 300 € 350 €	
	<b>EQUIPEMENTS MIXTES CLASSES A ET B</b> <sup>(11)</sup> <b>LENTILLES</b> • Remboursées par le R.O. • Non remboursées par le R.O., jetables	Plafond/an Plafond/an 200 € Plafond/an -	100% BR 100% BR + 200 € 250 € 100 €	100% BR + 250 € 250 € 200 €	100% BR + 300 € 300 € 300 €	
	<b>CHIRURGIE RÉFRACTIVE</b> (myopie, presbytie) (par œil) et <b>IMPLANTS OCULAIRES</b> (par œil) hors honoraires	Plafond/an Plafond/an -	100% BR 100 €	200 € 200 €	300 € 300 €	
	<small>(9) Limité à la prise en charge d'un équipement verres et montures par période de 2 ans à compter de la dernière consommation, pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Ce plafond est annuel pour les moins de 16 ans et pour les adultes en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale ou en cas d'évolution de la vue. Les dispositions de renouvellement anticipé sont définies par l'arrêté du 3 décembre 2018. (10) Monture, verres, prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appariement de verres (prestations facturables une seule fois pour 2 verres d'indice de réfraction différent), suppléments verres et montures affectés d'un prix limite de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019. Ces prestations sont remboursées dans la limite des PLV. (11) Remboursement à hauteur du tarif défini en classe B ou dans la limite des PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 en classe A.</small>					
<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>AIDES AUDITIVES</b> (tels que définis réglementairement CLASSE I) <sup>(12)</sup> <b>AIDES AUDITIVES A TARIF LIBRE - CLASSE II</b> <sup>(13)</sup> • Adulte • Enfant et personne atteinte de cécité	1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation 400 € 1400 €	Frais réels Frais réels 1200 € 1700 €	Frais réels Frais réels 1500 € 1700 €	Frais réels Frais réels 1700 € 1700 €	
	<b>ENTRETIEN ET RÉPARATION D'ACCESSOIRES ET CONSOMMABLES</b> achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) • Remboursés par le R.O. • Forfait complémentaire accessoires et consommables remboursés ou non remboursés par le R.O.	Plafond/an 30 €	150% BR 600 €	250% BR 800 €	350% BR 1000 €	
<small>(12) Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018. (13) Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).</small>						
<b>CURE</b>	• Cure thermique remboursée par le R.O. <sup>(14)</sup>	Plafond/an 100% BR	200 €	300 €	400 €	
<small>(14) Le remboursement inclut les soins médicaux, les frais médicaux (forfait thermal et forfait de surveillance médicale), les frais d'hébergement et de transport. Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à la cure de référence du Régime obligatoire. Les remboursements exprimés en € ou en % du PMSS incluent la prise en charge du Ticket Modérateur et viennent en complément du Régime obligatoire.</small>						
<b>PRÉVENTION</b>	• Les actes de prévention sont définis dans le cadre du respect des dispositions du contrat responsable et sont au moins remboursés au ticket modérateur. Votre garantie inclut les actes de prévention conformément aux dispositions du code de la Sécurité sociale.					
<b>PRESTATIONS EN INCLUSION</b>	• Assistance <sup>(15)</sup> : aide ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	
	• Garantie PassSports <sup>(15)</sup> : assurance scolaire, capital en cas d'accident	Oui	Oui	Oui	Oui	
	• Téléconsultation médicale <sup>(15)</sup> : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7	Oui	Oui	Oui	Oui	
<small>(15) Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.</small>						



# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Remboursement R.O.	Remboursements maximums théoriques CCMO Mutuelle (dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins)			
		ZENI'OR 1	ZENI'OR 2	ZENI'OR 3	ZENI'OR 4
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultation d'un spécialiste adhérent au DPTM*	20 €	9 €	20,50 €	32 €	55 €
Consultation d'un spécialiste non adhérent au DPTM*	15,10 €	6,90 €	13,80 €	25,30 €	29,90 €
<b>DENTAIRE</b>					
 <b>PROTHÈSE 100% SANTÉ</b> Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 <sup>ère</sup> prémolaire	84 €	Frais réels			
<b>PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE PAR LE R.O.</b> Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	75,25 €	282,25 €	382,25 €	482,25 €	582,25 €
<b>OPTIQUE</b>					
 <b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ</b> une paire de lunettes adulte à verres simples (unifocaux classe A sphère de -4,00 à -6,00)	22,50 €	Frais réels			
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE</b> une paire de lunettes adultes à verres complexes	0,09 €	200 €	390 €	570 €	700 €

\*Pour savoir si votre médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM), rendez-vous sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

Les remboursements CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le Régime obligatoire sauf indication contraire. Ils peuvent être exprimés en % de la base de remboursement (BR), en % du PMSS, en € ou au Ticket Modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket Modérateur = Base de remboursement (BR) diminuée du montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

BR : le tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime obligatoire. En l'absence de convention, on parle de tarif d'autorité (TA).

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 remboursements incluent le remboursement du Régime obligatoire et du ticket modérateur dès lors qu'ils sont pris en charge par le Régime obligatoire y compris pour les forfaits optiques, aides auditives et dentaires.

Les allocations présentent un caractère indemnitaire ou forfaitaire, elles sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations s'entendent par année civile sauf mentions particulières.

LA GARANTIE EXCLUT LE REMBOURSEMENT DE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ET DES FRANCHISES MÉDICALES (DÉFINIES À L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) AINSI QUE DES PÉNALITÉS EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DÉFINIES À L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMÉES EN EUROS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, À L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES.

R.O. = Régime Obligatoire