

Complémentaire santé  
**PARTICULIERS**

**BESOIN D'UNE  
VRAIE MUTUELLE ?**

**VOUS PROTÉGER, C'EST NOTRE MÉTIER !**

CONFORME  
**100%  
SANTÉ**

**CCMO**  
**MUTUELLE**



# Complémentaire santé PARTICULIERS

CONFORME  
**100% SANTÉ**

Des garanties **progressives** pour répondre à tous les besoins et tous les budgets

Une option « Eco » sur nos formules 3 et 4 pour réduire votre cotisation en renonçant à certaines garanties moins « essentielles »

Cotisation **gratuite** pour le 3<sup>ème</sup> enfant et les suivants

Des services inclus : assistance, téléconsultation médicale et deuxième avis médical

**93%**

de nos adhérents sont prêts à re-souscrire.\*






\* Baromètre de satisfaction 2023 réalisé par le cabinet d'étude Init auprès d'un panel représentatif d'environ 460 adhérents. INIT - 2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL - France Société par Actions Simplifiée au capital de 110 000 € N°SIREN : 401 935 853.

**91%**

de nos adhérents nous recommandent\*



## EXTRAIT DE GARANTIES

RÉGIME RESPONSABLE  
Se référer au tableau 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.).

		NYLON	LAINÉ	COTON	LIN	SOIE	ORGANZA	
	<b>HONORAIRES</b> * Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup> * Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	140% BR 120% BR	200% BR 180% BR	270% BR 200% BR	350% BR 200% BR	
	<b>ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES</b> * Frais de séjour <sup>(2)</sup> * Chambre particulière y compris maternité <sup>(3)</sup>	Frais réels -	Frais réels 30 €	Frais réels 45 €	Frais réels 60 €	Frais réels 90 €	Frais réels 140 €	
	<b>ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES</b> * Frais de séjour <sup>(2)</sup> * Chambre particulière	Plafond/jour -	Plafond/jour -	Plafond/jour -	Plafond/jour -	Plafond/jour -	Plafond/jour -	
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>AUTRES PRESTATIONS</b> * Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences * Frais d'accompagnement <16 ans ; adulte >75 ans <sup>(4)</sup> * Transport accepté par le R.O.	100% BR -	100% BR -	100% BR + 60 € -	100% BR + 90 € -	100% BR + 120 € -	100% BR + 150 € -	
		Frais réels 100% BR	Frais réels 20 € 100% BR	Frais réels 30 € 100% BR	Frais réels 35 € 100% BR	Frais réels 45 € 100% BR	Frais réels 60 € 100% BR	
<small>(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) 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 et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière. (4) Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</small>								
	<b>HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES ET SPECIALISTES, ACTES TECHNIQUES MEDICAUX</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. * Fécondation in vitro non remboursée par le R.O.	100% BR 100% BR -	100% BR 100% BR 40 € -	140% BR 120% BR 40 € -	200% BR 180% BR 40 € 100 €	270% BR 200% BR 40 € 200 €	350% BR 200% BR 40 € 300 €	
	<b>PARAMEDICAL</b> * Honoraires paramédicaux * Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) * Psychothérapie	100% BR -	100% BR 20 €	150% BR 30 €	200% BR 35 €	250% BR 40 €	300% BR 50 €	
	<b>ANALYSES ET EXAMENS</b> * Analyses et examens de biologie * Analyses hors nomenclature * Amniocentèse non remboursée par le R.O.	100% BR -	100% BR -	100% BR -	100% BR 100 € 120 €	150% BR 200 € 150 €	300% BR 400 € 175 €	
	<b>MEDICAMENTS - PHARMACIE</b> * Médicaments remboursés à 65% et 30% par le R.O. * Médicaments remboursés à 15% par le R.O. * Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le R.O. * Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O. * Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. * Vaccins non remboursés par le R.O. * Pilules contraceptives et traitement de la ménopause non remboursés par le R.O. * Automédication - Médicaments inscrits au Vidal, remboursables par le R.O lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume...)	100% BR 15% BR 100% BR 50 € 12 € -	100% BR 15% BR 100% BR 50 € 12 € -	100% BR 100% BR 100% BR 50 € 12 € -	100% BR 100% BR 100% BR 50 € 12 € -	100% BR 100% BR 100% BR 70 € 12 € 30 € 30 € 30 €	100% BR 100% BR 100% BR 70 € 12 € 40 € 40 € 40 €	100% BR 100% BR 100% BR 70 € 12 € 50 € 50 € 50 €
	<b>MATERIEL MEDICAL</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. * Appareillage post opératoire non remboursé par le R.O.	100% BR 100% BR -	100% BR 100% BR -	200% BR 100% BR 400 € 50 €	250% BR 100% BR 400 € 60 €	300% BR 100% BR 400 € 80 €	400% BR 100% BR 400 € 100 €	
<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>SOINS ET PROTHESES</b> (tels que définis réglementairement) <sup>(7)</sup> <b>SOINS DENTAIRES</b> (y compris implantologie remboursée par le R.O.) <b>PROTHESES DENTAIRES</b> * Autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O. * Non remboursées par le R.O. <sup>(8)</sup> <b>ORTHODONTIE</b> * Remboursée par le R.O. * Non remboursée par le R.O. <b>IMPLANTOLOGIE DENTAIRE ET PARODONTOLOGIE</b> non remboursées par le R.O. (l'implantologie se définit comme une racine artificielle directement vissée dans l'os de la mâchoire. Le poste implantologie couvre donc la pose de l'implant et le pilier implantaire)	Plafond limité aux honoraires limites de facturation (HLF) -	Frais réels 100% BR -	Frais réels 140% BR -	Frais réels 140% BR -	Frais réels 200% BR 270% BR -	Frais réels 350% BR -	
		Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés.	100% BR -	200% BR 100% BR Maxi 500 €/an	200% BR 100% BR Maxi 750 €/an	300% BR 150% BR Maxi 1000 €/an	400% BR 200% BR Maxi 1500 €/an	425% BR 250% BR Maxi 1600 €/an
			100% BR -	200% BR - Maxi 400 €/an -	200% BR - Maxi 600 €/an -	300% BR - Maxi 800 €/an -	400% BR - Maxi 1000 €/an 300 €	500% BR - Maxi 1200 €/an 400 €
			-	100 €	100 €	200 €	400 €	600 €
	<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>EQUIPEMENTS 100% SANTE</b> (tels que définis réglementairement - CLASSE A) <sup>(9)</sup> * Monture / verres * Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et B <sup>(10)</sup> <b>EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE</b> - CLASSE B * Monture * 1 verre simple * 1 verre complexe * 1 verre très complexe <b>EQUIPEMENTS MIXTES</b> CLASSES A ET B <sup>(11)</sup> <b>LENTILLES</b> * Remboursées par le R.O. * Non remboursées par le R.O., jetables <b>CHIRURGIE REFRACTIVE</b> (myopie, presbytie) [par œil] et <b>IMPLANTS OCULAIRES</b> [par œil] hors honoraires	1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation -	Frais réels 100% BR 100% BR 100% BR 100% BR	Frais réels 100 € 25 € 50 € 50 €	Frais réels 100 € 50 € 50 € 50 €	Frais réels 100 € 75 € 110 € 110 €	Frais réels 100 € 110 € 125 € 125 €	
			100% BR -	100% BR + 150 € 150 €	100% BR + 200 € 200 €	100% BR + 250 € 250 €	100% BR + 325 € 325 €	100% BR + 350 € 350 €
			-	100 €	100 €	200 €	300 €	350 €
	<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'appareillage 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> (tels que définis réglementairement CLASSE I) <sup>(12)</sup> <b>AIDES AUDITIVES A TARIF LIBRE</b> - CLASSE II <sup>(13)</sup> * Adulte * Enfant et personne atteinte de cécité <b>ENTRETIEN ET REPARATION D'ACCESSOIRES ET CONSOMMABLES</b> achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires)	1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation -	Frais réels 400 € 1400 €	Frais réels 400 € 1400 €	Frais réels 450 € 1550 €	Frais réels 500 € 1600 €	Frais réels 650 € 1700 €
			100% BR -	100% BR -	200% BR 130 €	250% BR 150 €	300% BR 230 €	400% BR 300 €
<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 thermale remboursée par le R.O. <sup>(14)</sup>	Plafond/an -	-	120 €	150 €	300 €	400 €	
	(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.							
<b>ALLOCATION</b>	* Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) <sup>(15)</sup> * Obsèques (âge limité à 75 ans)	-	-	100 € 200 €	150 € 300 €	200 € 450 €	300 € 600 €	
	(15) 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.							
<b>PREVENTION</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>(16)</sup> : aide ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
	* Téléconsultation médicale <sup>(16)</sup> : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
	* Deuxième avis médical <sup>(16)</sup> : en cas de maladies grave, rare ou invalidante, obtenez l'avis d'un médecin référent en moins de 7 jours	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
<small>(16) Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.</small>								



# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Base de remboursement de la Sécurité sociale (R.O.)	Remboursements maximums théoriques R.O. + CCMO Mutuelle (dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soins)					
		NYLON	LAINÉ	COTON	LIN	SOIE	ORGANZA
<b>SOINS COURANTS</b>							
Consultation d'un ophtalmologue adhérent au DPTM*	31,50 €	29,50 €	29,50 €	40,10 €	56 €	74,55 €	95,75 €
Consultation d'un ophtalmologue non adhérent au DPTM*	23€	21 €	21 €	25,60 €	39,40 €	44 €	44€
<b>DENTAIRE</b>							
 PROTHÈSE 100% SANTÉ Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 <sup>ère</sup> prémolaire	120 €	Frais réels					
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE PAR LE R.O. Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	120 €	120 €	240 €	240 €	360 €	480€	510 €
<b>OPTIQUE</b>							
 ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ une paire de lunettes adulte à verres simples (unifocaux classe A sphère de -4,00 à 6,00)	34,50 €	Frais réels					
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres simples	0,15 €	0,15 €	150 €	200 €	250 €	320 €	350 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres complexes	0,15 €	0,15 €	200 €	200 €	250 €	320 €	350 €

\*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 fixée par l'article R.160-19 du Code de la Sécurité sociale 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