

Complémentaire santé
PARTICULIERS

CONFORME
**100%
SANTÉ**

Besoin d'une vraie mutuelle ? Serenya santé



CCMO
MUTUELLE

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.]

		SERENYA 1	SERENYA 2	SERENYA 3		
 HOSPITALISATION	HONORAIRES • Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ • Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	125 % BR 100 % BR	175 % BR 150 % BR	250 % BR 200 % BR		
	ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES • Frais de séjour ⁽²⁾ • Chambre particulière y compris maternité ⁽³⁾ • Chambre ambulatoire	Plafond/jour Plafond/jour	Frais réels 30 € 30 €	Frais réels 60 € 60 €	Frais réels 90 € 90 €	
	ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES • Frais de séjour ⁽²⁾ • Chambre particulière	Plafond par jour limité à 3500 €/an	100% BR 30 €	100% BR 60 €	100% BR 90 €	
	AUTRES PRESTATIONS • Frais d'accompagnement enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽⁴⁾ • Transport remboursé par le R.O.	Plafond/jour	10 € 100% BR	15 € 100% BR	15 € 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 90 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. (4) Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</small>						
 SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES / SPECIALISTES • Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ • Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	125 % BR 100 % BR	160 % BR 140 % BR	200 % BR 180 % BR		
	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements) • Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ • Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		125 % BR 100 % BR	160 % BR 140 % BR	200 % BR 180 % BR	
	PARAMEDICAL • Honoraires paramédicaux • Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, acupuncture, réflexologie, naturopathie, sophrologie) • Honoraires paramédicaux (psychothérapie, consultation diététicien, sexologie par un sexologue, pédicurie-podologie, psychologie, homéopathie) non remboursés par le R.O.	Plafond/an limité à 50€/séance	100% BR 40 €	100% BR 100 €	100% BR 160 €	
	ANALYSES ET EXAMENS • Analyses et examens de biologie	Plafond/an	100% BR	100% BR	100% BR	
	MEDICAMENTS - PHARMACIE • Médicaments remboursés par le R.O. • Médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O. • Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le R.O.	Plafond/an	100% BR 20 € 100% BR	100% BR 30 € 100% BR	100% BR 40 € 100% BR	
	MATERIEL MEDICAL • Dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁵⁾ • Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique remboursé par le R.O.) ⁽⁶⁾		100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	
	AUTRES PRESTATIONS • Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	
	<small>(5) À 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>					
	 DENTAIRE	SOINS ET PROTHESES 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement) ⁽⁷⁾	Plafond limité aux honoraires limites de facturation (HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		SOINS DENTAIRES (y compris implantologie et parodontologie remboursées par le R.O.)		100% BR	100% BR	100% BR
INLAYS ONLAYS			100% BR	100% BR	100% BR	
PROTHESES DENTAIRES • Autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés.	125% BR	125% BR	125% BR	
ORTHODONTIE • Remboursée par le R.O.			125% BR	125% BR	125% BR	
<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.</small>						
 OPTIQUE (8)	EQUIPEMENTS 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement - CLASSE A) ⁽⁹⁾ • Monture / verres • Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSES A et B ⁽⁹⁾	1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation	Frais réels 100 € 100% BR 50 € 50 €	Frais réels 100 € 100% BR 50 € 50 €	Frais réels 100 € 100% BR 50 € 50 €	
	EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B • Monture • 1 verre simple • 1 verre complexe • 1 verre très complexe					
	EQUIPEMENTS MIXTES CLASSES A ET B ⁽¹⁰⁾					
	LENTILLES • Remboursées par le R.O.	Plafond/an	100% BR	100% BR	100% BR	
<small>(8) 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. (9) Monture, verres, prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appariage 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. (10) 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>						
 AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement - CLASSE I) ⁽¹¹⁾	1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation	Frais réels 400 € 1400 €	Frais réels 400 € 1400 €	Frais réels 400 € 1400 €	
	AIDES AUDITIVES A TARIF LIBRE - CLASSE II ⁽¹²⁾ • Adulte • Enfant et personne atteinte de cécité		100% BR	100% BR	100% BR	
	ENTRETIEN ET REPARATION D'ACCESSOIRES ET CONSOMMABLES achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) • Remboursés par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	
<small>(11) Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018. (12) Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).</small>						
PREVENTION (13)	(13) Ces actes de prévention sont au moins remboursés au ticket modérateur conformément aux dispositions du contrat responsable.					
PRESTATIONS EN INCLUSION	• Assistance ⁽¹⁴⁾ : aide ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		Oui	Oui	Oui	
	• Téléconsultation médicale ⁽¹⁴⁾ : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7		Oui	Oui	Oui	
	• Deuxième avis médical ⁽¹⁴⁾ : en cas de maladie grave, rare ou invalidante, obtenez l'avis d'un médecin référent en moins de 7 jours		Oui	Oui	Oui	
<small>(14) Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.</small>						

CONFORME
100% SANTÉ

3 niveaux de garanties progressifs pour répondre à tous les besoins et tous les budgets

Réductions couple et famille

Cotisation gratuite pour le 3^{ème} enfant et les suivants

Assistance santé 24H/24 7J/7 en cas d'hospitalisation, maternité, arrêt de travail, décès...

Téléconsultation médicale : contactez un professionnel de santé (plus d'une vingtaine de spécialités médicales et paramédicales accessibles)

Service deuxième avis médical pour obtenir un avis éclairé d'un médecin expert de votre pathologie

93%

de nos adhérents sont prêts à re-souscrire.*

91% de nos adhérents nous recommandent.*

* 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.

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 respect du parcours de soins)		
		SERENYA 1	SERENYA 2	SERENYA 3
SOINS COURANTS				
Consultation d'un ophtalmologue adhérent au DPTM*	31,50 €	38,12 €	47,40 €	58 €
Consultation d'un ophtalmologue non adhérent au DPTM*	23 €	23 €	32,20 €	41,40 €
DENTAIRE				
 PROTHÈSE 100% SANTÉ Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 ^{ère} prémolaire	120 €	Frais réels		
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE PAR LE R.O. Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	120 €	150 €	150 €	150 €
OPTIQUE				
 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 verre simples	0,15 €	100,15 €	100,15 €	100,15 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres complexes	0,15 €	200 €	200 €	200 €

*Pour savoir si votre médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM), rendez-vous sur 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