

Complémentaire santé
AGENTS TERRITORIAUX

Produits labellisés éligibles à la participation employeur

CONFORME
**100%
SANTÉ**



Citéo

**J'AI CHOISI UNE MUTUELLE
QUI ME RESSEMBLE
ET VOUS ?**

CCMO
MUTUELLE

Complémentaire santé

AGENTS TERRITORIAUX

CONFORME

100% SANTÉ

Des garanties **labellisées** vous permettant de bénéficier de l'éventuelle **participation financière** de votre employeur

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

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

Services 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.].

		CITEO 10	CITEO 20	CITEO 30	CITEO 40
HOSPITALISATION	HONORAIRES - Praticiens adhérents au DPTM^[1] - Praticiens non adhérents au DPTM^[1]	100 % BR 100 % BR	150 % BR 130 % BR	200 % BR 180 % BR	300 % BR 200 % BR
	ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS - Frais de séjour^[2] - Chambre particulière y compris maternité^[3]	100% BR -	100% BR 40 €	100% BR 60 €	100% BR 80 €
	ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS - Frais de séjour^[2] - Chambre particulière	100% BR -	100% BR -	100% BR + 60 € (plafond/jour limité à 2500 €/an)	100% BR + 80 € (plafond/jour limité à 3000 €/an)
	AUTRES PRESTATIONS - Forfait journalier hospitalier en hôpital ou clinique - Forfait journalier hospitalier dans le service psychiatrique d'un établissement de santé - Forfait Patient Urgences - Frais d'accompagnement enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans^[4] - Transport remboursé par le R.O.	Plafond/jour Plafond/jour Plafond/jour	20 € 15 € Frais réels 20 € 100% BR	20 € 15 € Frais réels 30 € 100% BR	20 € 15 € Frais réels 40 € 100% BR
	^[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.				

SOINS COURANTS	HONORAIRES MÉDICAUX GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES, ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements) - Praticiens adhérents au DPTM^[1] - Praticiens non adhérents au DPTM^[1] - Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. - Fécondation in vitro non remboursée par le R.O.	100% BR 100% BR - -	130% BR 110% BR 20 € 100 €	150% BR 130% BR 25 € 200 €	200% BR 180% BR 30 € 300 €
	PARAMÉDICAL - Honoraires paramédicaux - Médecines douces et honoraires paramédicaux non remboursés par le R.O. (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, homéopathe), pédicurie-podologie	100% BR -	130% BR 20 €	150% BR 25 €	200% BR 30 €
	ANALYSES ET EXAMENS - Analyses et examens de biologie - Amniocentèse non remboursée par le R.O.	100% BR -	130% BR 100 €	150% BR 125 €	200% BR 150 €
	MÉDICAMENTS - PHARMACIE - Médicaments remboursés par le R.O. - Médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O. - Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. - Contraceptifs féminins et traitement de la ménopause non remboursés par le R.O.	100% BR - - -	100% BR 30 € 12 € 30 €	100% BR 40 € 12 € 40 €	100% BR 50 € 12 € 50 €
	MATÉRIEL MÉDICAL - Dispositifs médicaux et appareillages^[5] - Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique remboursé par le R.O.)^[6] - Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique remboursé par le R.O.	100% BR 100% BR -	100% BR 100% BR 100 €	150% BR 100% BR 150 €	200% BR 100% BR 200 €

^[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.

DENTAIRE	 SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement) ^[7]	Plafond limité aux honoraires limites de facturation (HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	SOINS DENTAIRES (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		100% BR	130% BR	150% BR	200% BR
	PROTHÈSES DENTAIRES - Autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O. - Non remboursées par le R.O.^[8]	Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés	125% BR Maxi 800 € par an -	300% BR Maxi 1000 € par an 100% BR	350% BR Maxi 1200 € par an 100% BR	400% BR Maxi 1500 € par an 100% BR
	ORTHODONTIE - Remboursée par le R.O. - Non remboursée par le R.O.		125% BR -	200% BR 100% BR	300% BR 150% BR	400% BR 200% BR
	IMPLANTOLOGIE DENTAIRE ET PARODONTOLOGIE 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/an	-	100 €	200 €	300 €

^[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].

OPTIQUE ^[9]	 EQUIPEMENTS 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement - CLASSE A) ^[10] - Monture / verres - Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSES A et B ^[10]	1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B - Monture 1 verre simple 1 verre complexe 1 verre très complexe		100 € 25 € 50 € 75 €	100 € 25 € 50 € 100 €	100 € 75 € 125 € 175 €	100 € 125 € 175 € 225 €
	EQUIPEMENTS MIXTES CLASSES A ET B ^[11]		Se référer aux postes correspondants			
	LENTILLES - Remboursées par le R.O. - Non remboursées par le R.O., jetables	Plafond/an Plafond/an	100% BR -	100% BR + 100 € 100 €	100% BR + 150 € 150 €	100% BR + 200 € 200 €
	CHIRURGIE RÉFRACTIVE (myopie, presbytie) [par œil] et IMPLANTS OCULAIRES (par œil) hors honoraires	Plafond/an	-	100 €	200 €	300 €

^[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'appairage de verres [prestations facturables une seule fois pour 2 verres d'indice de réfraction différents], 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.





AIDES AUDITIVES

100% SANTÉ (tels que définis réglementairement - CLASSE I) ^[12]

AIDES AUDITIVES A TARIF LIBRE - CLASSE II ^[13]

- Adulte
- Enfant et personne atteinte de cécité

ENTRETIEN ET RÉPARATION D'ACCESSOIRES ET CONSOMMABLES

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.

1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation

Plafond/an

Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
400 € 1400 €	500 € 1600 €	550 € 1650 €	600 € 1700 €
100% BR -	100% BR 100 €	150% BR 150 €	200% BR 200 €

[12] Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018 à compter du 1^{er} janvier 2020.

[13] Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

AIDES AUDITIVES

CURE	Plafond/an	-	100 €	150 €	200 €
^[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.					

ALLOCATIONS	• Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ^[15]	Allocation forfaitaire	-	100 €	150 €	200 €
	• Allocation enfant né sans vie		-	150 €	200 €	250 €
	• Obsèques (moins de 75 ans)		-	200 €	300 €	450 €
	^[15] Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 3 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.					

PRESTATIONS EN INCLUSION	Assistance ^[16] : aide ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	Oui	Oui	Oui	Oui
	Téléconsultation médicale ^[16] : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7	Oui	Oui	Oui	Oui
	Deuxième avis médical : en cas de maladie grave, rare ou invalidante, obtenez l'avis d'un médecin référent en moins de 7 jours ^[16]	Oui	Oui	Oui	Oui
^[16] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.					

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Remboursements maximums théoriques R.O. + CCMO Mutuelle
(dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins)

Base de remboursement
de la Sécurité sociale [R.O.]

CITEO 10

CITEO 20

CITEO 30

CITEO 40

SOINS COURANTS

Consultation d'un ophtalmologue adhérent au DPTM*	31,50 €	29,50 €	37,45 €	42,75 €	56 €
Consultation d'un ophtalmologue non adhérent au DPTM*	23 €	21 €	23,30 €	27,90 €	39,40 €

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 €	360 €	420 €	480 €

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 verres simples	0,15 €	150 €	150 €	250 €	350 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres complexes	0,15 €	200 €	200 €	350 €	450 €

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

Les remboursements de 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 ou en €.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

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 des Régimes obligatoires et complément 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, DES FRANCHISES MÉDICALES (DÉFINIES À L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE), ET LE COEFFICIENT DE MINORATION APPLIQUÉ EN CAS DE REFUS DE TRANSPORT SANITAIRE PARTAGE (DÉFINIS À L'ARTICLE L.322-5 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) AINSI 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 OU EN % PMSS 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