










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.).

 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]		500 %
	– Praticiens non adhérents au DPTM ^[1]		200 %
	Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ^[2]	plafond/jour	80 €
	Transport accepté par le R.O.		100 %
	Etablissements conventionnés		
	Frais de séjour ^[3]		100 %
	Chambre particulière y compris maternité ^[4]	plafond/jour	120 €
Etablissements non conventionnés			
Frais de séjour ^[3]	(plafond/jour limité à 3500 €/an)	100 % + 120 €	
Chambre particulière ^[4]			
 SOINS COURANTS	Consultations / visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)		500 %
	– Praticiens adhérents au DPTM ^[1]		200 %
	– Praticiens non adhérents au DPTM ^[1]		100 %
	Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.		Frais réels
	Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		350 %
	Auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)		300 %
	Examens de laboratoire		
 PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE	Prestations non remboursées par le R.O.		
	Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien, pédicure-podologue, psychothérapie)	plafond/an	250 €
	Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	plafond/an	12 €
	Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	plafond/an	60 €
	Actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006		
	Détartrage annuel		400 %
	Scellement des puits, sillons et fissures		400 %
	Vaccinations prioritaires ^[5]		100 %
	Dépistage de l'hépatite B		300 %
	Bilan du langage oral ou d'aptitude à l'acquisition du langage écrit		350 %
Ostéodensitométrie remboursée par le R.O., dépistage des troubles de l'audition (audiométrie)		500 %	
– Praticiens adhérents au DPTM ^[1]		200 %	
– Praticiens non adhérents au DPTM ^[1]			
 PHARMACIE	Pharmacie remboursée par le R.O.		100 %
	Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O. ^[6]		
	Pilule contraceptive non remboursée par le R.O.	} plafond/an	100 €
	Substituts nicotiniques (gommes, patchs) non remboursés par le R.O.		
 DENTAIRE	Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		400 %
	Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)		600 %
	Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. ^[7]		300 %
	Plafond annuel prothèses dentaires remboursées ou non par le R.O. ^[8]		3000 €
	Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	plafond /an	1000 €
	Orthodontie acceptée par le R.O.		600 %
	Orthodontie refusée par le R.O.		250 %
 OPTIQUE	Equipement simple : monture + 2 verres simples	} plafond biennal / 150 € maxi pour la monture ^[9]	470 €
	Equipement mixte : monture + au moins 1 verre complexe ou 1 verre très complexe		610 €
	Equipement très complexe : monture + 2 verres très complexes		850 €
	Lentilles acceptées ou refusées par le R.O. et jetables	plafond/an	100 % + 400 €
	Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	plafond/an	600 €
 APPAREILLAGE	Prothèses auditives acceptées par le R.O.	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	100 % + 600 €
	Prothèses auditives refusées par le R.O.	plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an	300 €
	Gros appareillage ^[10]	y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	100 %
	Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. ^[8]	plafond/an	600 €
	Autres dispositifs médicaux et appareillages ^[11]		300 %
CURE	Cure thermale acceptée par le R.O. ^[12]	plafond/an	600 €
SOINS À L'ÉTRANGER	Soins transmis par la Sécurité sociale et dispenses à l'étranger remboursés par le R.O. ^[13]		100 %
ALLOCATIONS	Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ^[14]	allocation forfaitaire	500 €
	Allocation enfant né sans vie ^[15]	allocation forfaitaire	600 €
	Allocation obsèques (versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)		1000 €
SERVICES	Assistance ^[16] : assistance en cas d'hospitalisation (aide ménagère, garde d'animaux, portage de médicaments...), naissance, décès et assistance à l'étranger		Oui
	Garantie Pass'Sports ^[17] : protection en cas d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, touristiques, de loisirs et de la vie courante		Oui
	Téléconsultation médicale ^[18] : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7.		Oui

MENTIONS LEGALES :

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, sauf pour la cure thermique qui inclut le 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).

■ ^[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 âgée de plus de 75 ans.

■ ^[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, 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.

■ ^[5] Les vaccins obligatoires et conditions de prises en charge sont précisés aux articles L.3111 et suivants du Code de la santé publique. La Mutuelle applique la prise en charge prévue par le poste pharmacie pour les vaccins remboursés par la Sécurité sociale. Le calendrier des vaccinations est publié après avis de la Haute Autorité de santé.

■ ^[6] Médicaments et préparations magistrales autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.

■ ^[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] Une fois le plafond annuel atteint: les prothèses dentaires remboursées par le R.O. seront prises en charge à 125 % BR et le véhicule pour handicapé physique sera pris en charge au ticket modérateur.

■ ^[9] Le plafond biennal (1 remboursement 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 €.

■ ^[10] Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

■ ^[11] À l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

■ ^[12] Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

■ ^[13] La Mutuelle prend en charge les soins dispensés à l'étranger, remboursés par la Sécurité sociale, sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire. Les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et prestations forfaitaires ne sont pas prises en charge par la Mutuelle dès lors que les soins ont été dispensés à l'étranger.

■ ^[14] 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.

■ ^[15] Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

■ ^[16] Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

■ ^[17] Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.

■ ^[18] Cette prestation est assurée par un partenaire.

R.O. = Régime obligatoire