

Individuels

Groupe des particuliers



Annexe au Règlement mutualiste



TABLEAUX DES PRESTATIONS SANTÉ
COLLÈGE DES INDIVIDUELS
Applicables à compter du 1^{er} janvier 2020



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

SOMMAIRE

OPERATIONS INDIVIDUELLES

1 à 40

1	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Etoffes	4
2	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Zeni'OR	6
3	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Aminima	8
4	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Médecines Douces	9
5	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Fruits	11
6	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Fruits (garanties Plus)	14
7	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Fruits (garanties Sup')	17
8	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Accueil	20
9	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Accueil (garanties Plus)	22
10	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Accueil (garanties Sup')	24
11	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Mers Accueil	26
12	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Mers Accueil (garanties Plus)	28
13	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme des Mers Accueil (garanties Sup')	30
14	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Océanile Accueil	32
15	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Océanile Accueil (garanties Plus)	34
16	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Gamme Océanile Accueil (garanties Sup')	36
17	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Coup de pouce	38
18	Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers	Garantie C	40

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

41

19	Délais de stage - Opérations individuelles	41
20	Encadrement réglementaire des remboursements optiques et aides auditives	41
21	Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire	41

1 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Etoffes

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE						
		NYLON	LAINÉ	COTON	LIN	SOIE	ORGANZA	SATIN
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	140% BR	200% BR	270% BR	350% BR	350% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	120% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour)	-	30 €	45 €	60 €	90 €	140 €	140 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES								
(Plafonds limités à 3 500€/an)								
Frais de séjour [2]		100% BR	100% BR	100% BR +	100% BR +	100% BR +	100% BR +	100% BR +
Chambre particulière	(Plafond/jour)	-	-	60 €	90 €	120 €	150 €	150 €
AUTRES PRESTATIONS								
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour)	-	20 €	30 €	35 €	45 €	60 €	60 €
Transport accepté par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[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%.</i>								
<i>[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.</i>								
<i>[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.</i>								
<i>[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</i>								
SOINS COURANTS								
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	140% BR	200% BR	270% BR	350% BR	350% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	120% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	140% BR	200% BR	270% BR	350% BR	350% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	120% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)								
Praticiens adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	140% BR	200% BR	270% BR	350% BR	350% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	120% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Fécondation In Vitro non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	100 €	200 €	300 €	300 €
PARAMEDICAL								
Honoraires paramédicaux		100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien)	(Plafond/seance - maxi 4 séances/an)	-	20 €	30 €	35 €	40 €	50 €	50 €
Psychothérapie	(Plafond/seance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	30 €	40 €	50 €	50 €
ANALYSES ET EXAMENS								
Analyses et examens de biologie		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	300% BR	300% BR
Analyses hors nomenclature	(Plafond/an)	-	-	-	100 €	200 €	400 €	400 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	80 €	120 €	150 €	175 €	175 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.		-	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	50 €	50 €	50 €	70 €	70 €	70 €	70 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Vaccins non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	30 €	40 €	50 €	50 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O.		-	-	-	30 €	40 €	50 €	50 €
Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	30 €	40 €	50 €	50 €
Automédication Médicaments inscrits au Vidal, remboursables par le RO lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume...)	(Plafond/an)	-	-	15 €	30 €	40 €	50 €	50 €
MATERIEL MEDICAL								
Dispositifs médicaux et appareillages [5]		100% BR	100% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR	400% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	50 €	60 €	80 €	100 €	100 €
AUTRES PRESTATIONS								
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[5] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.</i>								
<i>[6] Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.</i>								
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	 (Plafond limité aux HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		100% BR	140% BR	140% BR	200% BR	270% BR	350% BR	350% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	-	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	325% BR	400% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]		-	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :		-	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	1 600 €	2 000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**		-	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	400% BR	400% BR
** Dans la limite d'un plafond annuel de		-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €	1 200 €
Orthodontie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	-	300 €	400 €	400 €
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.		-	-	-	-	-	-	-
Parodontologie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	100 €	100 €	200 €	400 €	600 €	800 €
<i>[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.</i>								
<i>[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).</i>								

1 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Etoffes (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE						
		NYLON	LAINE	COTON	LIN	SOIE	ORGANZA	SATIN
OPTIQUE [9]								
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [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	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B								
Monture à tarif libre		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	100% BR	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple			100% BR	25 €	50 €	75 €	110 €	125 €
1 verre complexe			100% BR	50 €	50 €	75 €	110 €	150 €
1 verre très complexe			100% BR	50 €	50 €	75 €	110 €	150 €
Equipements mixtes classes A et B [11]		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants					
Lentilles remboursées par le R.O.		[Plafond/an]	100% BR	100% BR + 150 €	100% BR + 200 €	100% BR + 250 €	100% BR + 325 €	100% BR + 350 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables		[Plafond/an]	-	150 €	200 €	250 €	325 €	400 €
Chirurgie réfractive [myopie, presbytie] [par œil] hors honoraires		[Plafond/an]	-	100 €	100 €	200 €	300 €	400 €
Implants oculaires [par œil] hors honoraires		[Plafond/an]	-	100 €	100 €	200 €	300 €	400 €

[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'appariage 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 prix limites de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 en Classe A.

AIDES AUDITIVES

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE						
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]		(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]			400 €	400 €	450 €	500 €	650 €	800 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]			1 400 €	1 400 €	1 550 €	1 600 €	1 700 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			100% BR	100% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.		[Plafond/an]	-	-	130 €	150 €	230 €	300 €

[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

CURE

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE						
Cure thermale remboursée par le R.O. [14]		[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

ALLOCATIONS

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE						
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]		(Allocation forfaitaire)	-	-	100 €	150 €	200 €	300 €
Allocation enfant né sans vie [16]		(Allocation forfaitaire)	-	-	150 €	200 €	250 €	350 €
Obsèques (âge limité à 75 ans)		(Allocation indemnitaire)	-	-	200 €	300 €	450 €	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.

[16] 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.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE						
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]			100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION

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.

PRESTATIONS EN INCLUSION

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE						
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]			oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]			oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]			oui	oui	oui	oui	oui	oui

[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

2 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Zeni'OR

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE			
	ZENI'OR 1	ZENI'OR 2	ZENI'OR 3	ZENI'OR 4
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière [3] (Plafond/jour)	60 €	60 €	60 €	70 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES (Plafonds limités à 3 500€/an)				
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière [3] (Plafond/jour)	100% BR	100% BR + 40 €	100% BR + 60 €	100% BR + 80 €
AUTRES PRESTATIONS				
Frais d'accompagnement [4] (Plafond/jour)	25 €	30 €	35 €	40 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[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%.</i>				
<i>[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.</i>				
<i>[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.</i>				
<i>[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée.</i>				
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €
PARAMEDICAL				
Honoraires paramédicaux	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, psychothérapie, consultation pédicure-podologie, naturopathie, réflexologie, sophrologie, kinésiologie, sexologie par un psychologue, hypnothérapie, microkinésithérapie) (Plafond/an)	50 €	150 €	200 €	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. (Plafond/séance - maxi 10 séances/an)	15 €	25 €	35 €	50 €
<i>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.</i>				
ANALYSES ET EXAMENS				
Analyses et examens de biologie	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR
Analyses hors nomenclature (Plafond/an)	-	50 €	100 €	150 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE				
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O. (Plafond/an)	40 €	60 €	80 €	100 €
Vaccins prescrits non remboursés par le R.O. (Plafond/an)	-	20 €	30 €	40 €
Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O. (Plafond/an)	-	20 €	30 €	40 €
Protections incontinence (achetées en pharmacie ou grandes surfaces sur présentation d'une facture nominative) (Plafond/an)	30 €	35 €	40 €	45 €
MATERIEL MEDICAL				
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	100% BR	150% BR	250% BR	350% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (Plafond/an)	-	400 €	400 €	400 €
AUTRES PRESTATIONS				
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[5] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.</i>				
<i>[6] Poda orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.</i>				
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]  (Plafond limité aux HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées (Plafond/prothèse - maxi 3 prothèses /an) (Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	250 €	350 €	450 €	550 €
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. [8] (Plafond/an)	-	150 €	250 €	350 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	-	100 €	200 €	300 €
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	200 €	300 €	500 €	700 €
Année 2 (Après 12 mois d'adhésion) (Plafond/an)	400 €	600 €	1 000 €	1 400 €
Année 3 (après 24 mois d'adhésion) (Plafond/an)	600 €	900 €	1 500 €	2 100 €
Le plafond progressif implantologie dentaire est une évolution du plafond sur 3 années conformément aux modalités d'application précisées dans le Règlement mutualiste santé.	-	-	-	-
Parodontologie non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	100 €	150 €	200 €	250 €
<i>[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.</i>				
<i>[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).</i>				

2 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Zeni'OR (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE				
		ZENI'OR 1	ZENI'OR 2	ZENI'OR 3	ZENI'OR 4	
OPTIQUE [9]						
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [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
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B						
Monture à tarif libre		[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	50 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple			100% BR	45 €	115 €	160 €
1 verre complexe			75 €	145 €	235 €	300 €
1 verre très complexe			75 €	160 €	265 €	350 €
Equipements mixtes classes A et B [11]		[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants			
Lentilles remboursées par le R.O.		(Plafond/an)	100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 250 €	100% BR + 300 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables		(Plafond/an)	-	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive [myopie, presbytie] (par œil) hors honoraires			-			
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 prix limites de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 en Classe A.

AIDES AUDITIVES

Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]		[1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]			400 €	1 200 €	1 500 €	1 700 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]			1 400 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			100% BR	150% BR	250% BR	350% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.		(Plafond/an)	30 €	600 €	800 €	1 000 €

[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

CURE

Cure thermale remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	100% BR	200 €	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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [15]		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
--	--	---------	---------	---------	---------

[15] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION

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.

PRESTATIONS EN INCLUSION

Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [16]		oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [16]		oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [16]		oui	oui	oui	oui

[16] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

3 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Aminima

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

Garanties non responsables.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE	
AMINIMA	
HOSPITALISATION	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait sur les actes dits "lourds"	Frais réels
HONORAIRES	
Honoraires hospitalisation, actes de chirurgie et d'anesthésie	100% BR
Prise en charge de la dernière consultation pré-opératoire avec le chirurgien et l'anesthésiste et de la première consultation post-opératoire avec le chirurgien	100% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES	
Frais de séjour [1]	Frais réels
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES	
Frais d'hospitalisation	Non
AUTRES PRESTATIONS	
Transport accepté par le r.O. (Pour l'entrée et la sortie de l'hospitalisation)	100% BR
[1] 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.	
PRESTATIONS EN INCLUSION	
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [2]	Oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [2]	Oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [2]	Oui
[2] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.	

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE	
AMINIMA PLUS	
HOSPITALISATION	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels
HONORAIRES	
Honoraires hospitalisation, actes de chirurgie et d'anesthésie	100% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES	
Frais de séjour [1]	Frais réels
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES	
Frais d'hospitalisation	Non
AUTRES PRESTATIONS	
Transport accepté par le R.O. (pour l'entrée et la sortie de l'hospitalisation)	100% BR
[1] 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.	
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES / SPECIALISTES	
Consultations, visites [2]	100% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)	
Actes de spécialistes	100% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels
PARAMEDICAL	
Honoraires paramédicaux	100% BR
ANALYSES ET EXAMENS	
Analyses et examens de biologie	100% BR
MEDICAMENTS - PHARMACIE	
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR
[2] En cas de consultations et de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité.	
PRESTATIONS EN INCLUSION	
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [3]	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [3]	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [3]	oui
[3] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

4 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Médecines Douces

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE		
	REGIME NON RESPONSABLE	RÉGIME RESPONSABLE	
	NATURALIA ZEN	DOUCELIA ZEN	SERENILIA ZEN
HOSPITALISATION			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES			
Praticiens adhérents au DPTM [1]	375% BR	150% BR	375% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	375% BR	130% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES			
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 90 €	50 €	90 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES (Plafonds limités à 3 500€/an)			
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière [3]	(Plafond/jour) 100% BR + 130 €	100% BR + 130 €	100% BR + 130 €
AUTRES PRESTATIONS			
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	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.			
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES			
Praticiens adhérents au DPTM [1]	-	100% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	-	100% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES			
Praticiens adhérents au DPTM [1]	-	150% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	-	130% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)			
Praticiens adhérents au DPTM [1]	-	100% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	-	100% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	-	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) -	40 €	40 €
PARAMEDICAL			
Honoraires paramédicaux	-	100% BR	270% BR
Médecines douces (acupuncture médicale, homéopathie médicale, médecine chinoise traditionnelle, réflexologie, naturopathie, sophrologie, ostéopathie, chiropractie, étioopathie, massage ayurveda, shiatsu, yoga lyengar, kinésiologie, psychothérapie) non remboursés par le R.O.	-	-	-
- Médecine chinoise, réflexologie, naturopathie, sophrologie, étioopathie, chiropractie, massage ayurveda shiatsu et kinésiologie: Accompagnement de soins hors d'un cadre réglementé, effectué après un diagnostic et/ou traitement médical auquel devra se conformer le thérapeute.	(Plafond/séance - maxi 10 séances/an) 35 €	35 €	35 €
- Psychothérapie: Accompagnement de soins effectués après un diagnostic et/ou traitement médical auquel devra se conformer le thérapeute.	-	-	-
ANALYSES ET EXAMENS			
Analyses et examens de biologie	-	100% BR	270% BR
MEDICAMENTS - PHARMACIE			
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	-	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	-	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	-	100% BR	100% BR
Homéopathie remboursée à 65% par le R.O.	-	-	100% BR
Homéopathie remboursée à 30% par le R.O.	-	-	100% BR
Homéopathie remboursée à 15% par le R.O.	-	-	80% BR
MATERIEL MEDICAL			
Dispositifs médicaux et appareillages [4]	-	100% BR	370% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [5]	-	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) -	400 €	400 €
AUTRES PRESTATIONS			
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	-	100% BR	270% BR
[4] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.			
[5] 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 [6]	 (Plafond limité aux HLF)	-	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	-	-	Frais réels
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	-	100% BR	270% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) -	-	100% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [7]	-	-	170% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :	-	-	270% BR
Orthodontie remboursée par le R.O.	-	1 500 €	2 400 €
	-	100% BR	270% BR
[6] 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.			
[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).			
OPTIQUE [8]			
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [9]	 [1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	-	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [9]	-	-	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B			
Monture à tarif libre	-	-	Frais réels
1 verre simple	-	60 €	100 €
1 verre complexe	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation] -	100% BR	160 €
1 verre très complexe	-	70 €	200 €
	-	70 €	200 €
Equipements mixtes classes A et B [10]	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation] -	-	Se référer aux postes correspondants

4 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Médecines Douces (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE		
		RÉGIME NON RESPONSABLE	RÉGIME RESPONSABLE	
		NATURALIA ZEN	DOUCELIA ZEN	SERENILIA ZEN
OPTIQUE (suite)				
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	-	100% BR + 60€	100% BR + 500 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)	-	60 €	500 €
[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 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.				
[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.				
AIDES AUDITIVES				
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [11]		-	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [12]	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	-	400 €	1 100 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [12]		-	1 400 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		-	100% BR	370% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	30 €	170 €
[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).				
CURE				
Cure thermale remboursée par le R.O. [13]	(Plafond/an)	-	60 €	260 €
[13] 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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.				
ALLOCATIONS				
Allocation naissance ou adoption [enfant < 10 ans] [14]	(Allocation forfaitaire)	-	75 €	260 €
Allocation enfant né sans vie [15]	(Allocation forfaitaire)	-	75 €	260 €
[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.				
SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER				
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [16]		-	100% BR	270% BR
[16] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.				
PREVENTION				
<i>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.</i>				
PRESTATIONS EN INCLUSION				
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [17]		oui	oui	oui
Garantie PassSports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [17]		oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [17]		oui	oui	oui
[17] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.				

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

5 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	Régime Non responsable			REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE									
	A	B	POMELO	ORANGINE	MANGUE	CASSIS	LITCHEE	ANANAS	GRENADE	PAPAYE	GOYAVE	PÉPINO	PITAYA
HOSPITALISATION													
Forfait journalier hospitalier	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
Forfait sur les actes dits «lourds»	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
HONORAIRES													
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	200% BR	350% BR	350% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	150% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES													
Frais de séjour [2]	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
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) 35 €	-	50 €	50 €	65 €	80 €	100 €	100 €	125 €	125 €	125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES (Plafonds limités à 3 800€/an)													
Frais de séjour [2]	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	(Plafond/jour) 100% BR + 135 €	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR + 100 €	100% BR + 110 €	100% BR + 135 €	100% BR	100% BR + 150 €	100% BR + 150 €	100% BR + 150 €
Chambre particulière													
AUTRES PRESTATIONS													
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 20 €	-	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	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 MEDICAUX GENERALISTES													
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES													
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	-	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	-	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)													
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
PARAMEDICAL													
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR	300% BR
ANALYSES ET EXAMENS													
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR	300% BR
MEDICAMENTS - PHARMACIE													
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiniques remboursés par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
MATERIEL MEDICAL													
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	265% BR	265% BR	-	100% BR	150% BR	265% BR	200% BR	265% BR	265% BR	265% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	-	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €	700 €
AUTRES PRESTATIONS													
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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.													
DENTAIRE													
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	200% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	150% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 45% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 270% BR	-	-	50% BR	100% BR	50% BR	130% BR	210% BR	270% BR	250% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]	75% BR	150% BR	-	-	-	-	75% BR	125% BR	175% BR	200% BR	250% BR	250% BR	300% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de : Les remboursements sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.	-	2 300 €	-	-	775 €	1 160 €	1 160 €	1 550 €	1 900 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 500 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	100% BR	100% BR	150% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**	150% BR	150% BR	-	-	50% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	300% BR

5 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	Régime Non responsable			REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE									
	A	B	POMELO	ORANGINE	MANGUE	CASSIS	LITCHEE	ANANAS	GRENADE	PAPAYE	GOYAVE	PÉPINO	PITAYA
DENTAIRE (suite)													
Orthodontie non remboursée par le R.O.**	150% BR	150% BR	-	-	-	100% BR	-	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
**Dans la limite d'un plafond annuel de ::	-	-	-	-	500 €	500 €	650 €	650 €	650 €	-	-	-	-
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	800 €

(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)		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B (10)			Frais réels	Frais réels	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B															
Monture à tarif libre		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	50 €	100 €	100 €	100% BR	80 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	
1 verre simple			100% BR	60 €	10 €	100% BR	100% BR	25 €	10 €	30 €	60 €	100 €	125 €	125 €	160 €
1 verre complexe			75 €	90 €	10 €	100% BR	60 €	50 €	50 €	50 €	90 €	100 €	125 €	125 €	200 €
1 verre très complexe			75 €	90 €	10 €	100% BR	60 €	50 €	50 €	50 €	90 €	100 €	125 €	125 €	200 €
Equipements mixtes classes A et B (11)		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants												
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)		100% BR + 40 €	100% BR + 275 €	100% BR + 120 €	100% BR	100% BR + 80 €	100% BR + 150 €	100% BR + 120 €	100% BR + 160 €	100% BR + 215 €	100% BR + 300 €	100% BR + 350 €	100% BR + 350 €	100% BR + 500 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)		40 €	275 €	120 €	100% BR	80 €	150 €	120 €	160 €	215 €	300 €	350 €	350 €	500 €

(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'appariage 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 prix limites de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 en Classe A.

AIDES AUDITIVES

Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I (12)		(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels									
Aide auditive adulte - Classe II (13)			800 €	800 €	-	400 €	400 €	500 €	550 €	800 €	800 €	500 €	800 €	900 €	
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - Classe II (13)			1700 €	1700 €	-	1400 €	1400 €	1600 €	1650 €	1700 €	1700 €	1600 €	1700 €	1700 €	
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			265% BR	265% BR	-	100% BR	150% BR	265% BR	200% BR	265% BR	265% BR	265% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)		-	-	-	-	-	150 €	175 €	300 €	300 €	150 €	300 €	300 €	500 €

(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).

CURE

Cure thermique remboursée par le R.O. (14)	(Plafond/an)	165 €	400 €	-	-	120 €	100% BR	160 €	240 €	320 €	300 €	500 €	500 €	600 €
--	--------------	-------	-------	---	---	-------	---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

(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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

ALLOCATIONS

Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) (15)	(Allocation forfaitaire)	240 €	240 €	-	-	120 €	-	160 €	160 €	240 €	-	380 €	400 €	400 €
Allocation enfant né sans vie (16)	(Allocation forfaitaire)	300 €	300 €	-	-	120 €	-	200 €	200 €	260 €	-	400 €	400 €	450 €
Obsèques (âge limité à 75 ans)	(Allocation indemnitaire)	320 €	320 €	-	-	-	-	320 €	320 €	385 €	-	800 €	800 €	800 €

(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.

(16) 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.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. (17)		100% BR	-	100% BR										
--	--	---------	---	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

(17) Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION

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.

5 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	Régime Non responsable			REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE									
	A	B	POMELO	ORANGINE	MANGUE	CASSIS	LITCHEE	ANANAS	GRENADE	PAPAYE	GOYAVE	PÉPINO	PITAYA
PRESTATIONS EN INCLUSION													
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

6 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties Plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE												
	A Plus	B Plus	ORANGINE Plus	MANGUE Plus	CASSIS Plus	LITCHEE Plus	ANANAS Plus	GRENADE Plus	PAPAYE Plus	GOYAVE Plus	PEPINO Plus	PITAYA Plus
HOSPITALISATION												
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	200% BR	350% BR	350% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES												
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) -	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 65 €	(Plafond/jour) 80 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) 125 €	(Plafond/jour) 125 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES												
Frais de séjour [2]	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 100 €	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 135 €	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 100 €	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 110 €	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 135 €	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 150 €	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 150 €	(Plafonds limités à 3 800€/an) 100% BR + 150 €
Chambre particulière	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)
AUTRES PRESTATIONS												
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) -	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	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 MEDICAUX GENERALISTES												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €
PARAMEDICAL												
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR	300% BR
Médecines douces [ostéopathie, chiropractie, étiopathie] GARANTIES PLUS	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 30 €
Psychothérapie GARANTIES PLUS	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/ séance - maxi 4 séances/an) 20 €
ANALYSES ET EXAMENS												
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR	300% BR
Analyses hors nomenclature GARANTIES PLUS	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE												
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiniques remboursés par le R.O.	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR	(Plafond/an) 100% BR
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O. GARANTIES PLUS	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
MATERIEL MEDICAL												
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	265% BR	265% BR	100% BR	150% BR	265% BR	200% BR	265% BR	265% BR	265% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 700 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. GARANTIES PLUS	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €
AUTRES PRESTATIONS												
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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, orthoprotèses, 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 HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	(Plafond limité aux HLF) Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	200% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 45% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 270% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) -	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 50% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 100% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 50% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 130% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 210% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 270% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 250% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 250% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]	75% BR	150% BR	-	-	-	75% BR	125% BR	175% BR	200% BR	250% BR	250% BR	300% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de : Les remboursements sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.	-	2 300 €	-	775 €	1 160 €	1 160 €	1 550 €	1 900 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 500 €

6 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties Plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE											
	A Plus	B Plus	ORANGINE Plus	MANGUE Plus	CASSIS Plus	LITCHEE Plus	ANANAS Plus	GRENADE Plus	PAPAYE Plus	GOYAVE Plus	PEPINO Plus	PITAYA Plus
DENTAIRE (suite)												
Orthodontie remboursée par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**	150% BR	150% BR	-	50% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	300% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.**	150% BR	150% BR	-	-	100% BR	-	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
**Dans la limite d'un plafond annuel de ::	-	-	-	500 €	500 €	650 €	650 €	650 €	-	-	-	-
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	800 €

[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]		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B												
Monture à tarif libre		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	50 €	100 €	100% BR	80 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple			100% BR	60 €	100% BR	100% BR	25 €	10 €	30 €	60 €	100 €	125 €
1 verre complexe			75 €	90 €	100% BR	60 €	50 €	50 €	50 €	90 €	100 €	125 €
1 verre très complexe			75 €	90 €	100% BR	60 €	50 €	50 €	50 €	90 €	100 €	125 €
Equipements mixtes classes A et B [11]		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants									
Lentilles remboursées par le R.O. (Plafond/an)			100% BR + 40 €	100% BR + 275 €	100% BR	100% BR + 80 €	100% BR + 150 €	100% BR + 120 €	100% BR + 160 €	100% BR + 215 €	100% BR + 300 €	100% BR + 350 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables (Plafond/an)			40 €	275 €	100% BR	80 €	150 €	120 €	160 €	215 €	300 €	350 €

[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 prix limites de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 en Classe A.

AIDES AUDITIVES												
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]		(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]			800 €	800 €	400 €	400 €	500 €	550 €	800 €	800 €	500 €	800 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]			1700 €	1700 €	1400 €	1400 €	1600 €	1650 €	1700 €	1700 €	1600 €	1700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			265% BR	265% BR	100% BR	150% BR	265% BR	200% BR	265% BR	265% BR	300% BR	300% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O. (Plafond/an)			-	-	-	-	150 €	175 €	300 €	300 €	150 €	300 €

[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).

CURE												
Cure thermale remboursée par le R.O. [14] (Plafond/an)			165 €	400 €	-	120 €	100% BR	160 €	240 €	320 €	300 €	500 €

[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

ALLOCATIONS												
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15] (Allocation forfaitaire)			240 €	240 €	-	120 €	-	160 €	160 €	240 €	-	380 €
Allocation enfant né sans vie [16] (Allocation forfaitaire)			300 €	300 €	-	120 €	-	200 €	200 €	260 €	-	400 €
Obsèques (âge limité à 75 ans) (Allocation indemnitaire)			320 €	320 €	-	-	-	320 €	320 €	385 €	-	800 €

[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.

[16] 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.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER												
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]			100% BR	-	100% BR							

[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION												
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.												

6 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties Plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE											
	A Plus	B Plus	ORANGINE Plus	MANGUE Plus	CASSIS Plus	LITCHEE Plus	ANANAS Plus	GRENADE Plus	PAPAYE Plus	GOYAVE Plus	PEPINO Plus	PITAVA Plus
PRESTATIONS EN INCLUSION												
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ^[18]	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident ^[18]	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 ^[18]	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
^[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.												

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

7 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE												
	A Sup'	B Sup'	ORANGINE Sup'	MANGUE Sup'	CASSIS Sup'	LITCHEE Sup'	ANANAS Sup'	GRENADE Sup'	PAPAYE Sup'	GOYAVE Sup'	PEPINO Sup'	PITAYA Sup'
HOSPITALISATION												
Forfait journalier hospitalier	Frais réels											
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels											
HONORAIRES												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	200% BR	350% BR	350% BR	400% BR							
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR							
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES												
Frais de séjour [2]	Frais réels											
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) -	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 65 €	(Plafond/jour) 80 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) 125 €	(Plafond/jour) 125 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES												
Frais de séjour [2]	Frais réels											
Chambre particulière	(Plafond/jour) +100 €	(Plafond/jour) +135 €	(Plafond/jour) 100% BR	(Plafond/jour) 100% BR	(Plafond/jour) 100% BR	(Plafond/jour) 100% BR +100 €	(Plafond/jour) 100% BR +110 €	(Plafond/jour) 100% BR +135 €	(Plafond/jour) 100% BR	(Plafond/jour) 100% BR +150 €	(Plafond/jour) 100% BR +150 €	(Plafond/jour) 100% BR +150 €
AUTRES PRESTATIONS												
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) -	(Plafond/jour) 35 €								
Transport accepté par le R.O.	100% BR											
[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 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 MEDICAUX GENERALISTES												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR				
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR							
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR							
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)												
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR				
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels											
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €											
Fécondation In Vitro non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 300 €											
PARAMEDICAL												
Honoraires paramédicaux	100% BR	150% BR	150% BR	300% BR								
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étio-pathie) [GARANTIES SUP']	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €											
Psychothérapie [GARANTIES SUP']	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €											
ANALYSES ET EXAMENS												
Analyses et examens de biologie	100% BR	150% BR	150% BR	300% BR								
Analyses hors nomenclature [GARANTIES SUP']	(Plafond/an) 300 €											
Amniocentèse non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 100 €											
MEDICAMENTS - PHARMACIE												
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR											
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR											
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR											
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	100% BR											
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. [GARANTIES SUP']	(Plafond/an) 60 €											
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €											
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O. [GARANTIES SUP']	(Plafond/an) 120 €											
Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O. [GARANTIES SUP']	(Plafond/an) 70 €											
Vaccins non remboursés par le R.O. [GARANTIES SUP']	(Plafond/an) 70 €											
MATERIEL MEDICAL												
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	265% BR	265% BR	100% BR	150% BR	265% BR	200% BR	265% BR	265% BR	265% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR											
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 700 €										
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. [GARANTIES SUP']	(Plafond/an) 50 €											
AUTRES PRESTATIONS												
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR											
[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] Poda 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 HLF) Frais réels											
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100% BR	120% BR	200% BR	150% BR	200% BR	400% BR						

7 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE												
	A Sup'	B Sup'	ORANGINE Sup'	MANGUE Sup'	CASSIS Sup'	LITCHEE Sup'	ANANAS Sup'	GRENADE Sup'	PAPAYE Sup'	GOYAVE Sup'	PEPINO Sup'	PITAYA Sup'
DENTAIRE (suite)												
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées* (Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	45% BR	270% BR	-	50% BR	100% BR	50% BR	130% BR	210% BR	270% BR	250% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* (8)	75% BR	150% BR	-	-	-	75% BR	125% BR	175% BR	200% BR	250% BR	250% BR	300% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de : Les remboursements sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.	-	2 300 €	-	775 €	1 160 €	1 160 €	1 550 €	1 900 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 500 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**	150% BR	150% BR	-	50% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR	300% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.**	150% BR	150% BR	-	-	100% BR	-	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
**Dans la limite d'un plafond annuel de :	-	-	-	500 €	500 €	650 €	650 €	650 €	-	-	-	-
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	800 €
(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) (1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B (10)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B												
Monture à tarif libre	50 €	100 €	100% BR	80 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple	100% BR	60 €	100% BR	100% BR	25 €	10 €	30 €	60 €	100 €	125 €	125 €	160 €
1 verre complexe	75 €	90 €	100% BR	60 €	50 €	50 €	50 €	90 €	100 €	125 €	125 €	200 €
1 verre très complexe	75 €	90 €	100% BR	60 €	50 €	50 €	50 €	90 €	100 €	125 €	125 €	200 €
Equipements mixtes classes A et B (11) (1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants											
Lentilles remboursées par le R.O. (Plafond/an)	100% BR + 40 €	100% BR + 275 €	100% BR	100% BR + 80 €	100% BR + 150 €	100% BR + 120 €	100% BR + 160 €	100% BR + 215 €	100% BR + 300 €	100% BR + 350 €	100% BR + 350 €	100% BR + 500 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables (Plafond/an)	40 €	275 €	100% BR	80 €	150 €	120 €	160 €	215 €	300 €	350 €	350 €	500 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires (GARANTIES SUP') (Plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Implants oculaires (par œil) hors honoraires (GARANTIES SUP')												
(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'appariage 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 prix limites de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 en Classe A.												
AIDES AUDITIVES												
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I (12) (1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II (13)	800 €	800 €	400 €	400 €	500 €	550 €	800 €	800 €	500 €	800 €	800 €	900 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II (13)	1 700 €	1 700 €	1 400 €	1 400 €	1 600 €	1 650 €	1 700 €	1 700 €	1 600 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.	265% BR	265% BR	100% BR	150% BR	265% BR	200% BR	265% BR	265% BR	265% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O. (Plafond/an)	-	-	-	-	150 €	175 €	300 €	300 €	150 €	300 €	300 €	500 €
(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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).												
CURE												
Cure thermique remboursée par le R.O. (14) (Plafond/an)	165 €	400 €	-	120 €	100% BR	160 €	240 €	320 €	300 €	500 €	500 €	600 €
(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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.												
ALLOCATIONS												
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) (15) (Allocation forfaitaire)	240 €	240 €	-	120 €	-	160 €	160 €	240 €	-	380 €	400 €	400 €
Allocation enfant né sans vie (16) (Allocation forfaitaire)	300 €	300 €	-	120 €	-	200 €	200 €	260 €	-	400 €	400 €	450 €
Obsèques (âge limité à 75 ans) (Allocation indemnitaire)	320 €	320 €	-	-	-	320 €	320 €	385 €	-	800 €	800 €	800 €
(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.												
(16) 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.												

7 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Fruits (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE											
A Sup'	B Sup'	ORANGINE Sup'	MANGUE Sup'	CASSIS Sup'	LITCHEE Sup'	ANANAS Sup'	GRENADE Sup'	PAPAYE Sup'	GOYAVE Sup'	PEPINO Sup'	PITAYA Sup'

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17] || 100% BR - 100% BR 100% BR

[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION

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.

PRESTATIONS EN INCLUSION

Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]	oui											
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]	oui											
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]	oui											

[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

8 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE			
	ACTIVE	BIEN ETRE	EQUILIBRE	CONFORT
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 50 €	100 €	65 €	80 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]				
Chambre particulière	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	100% BR + 135 €	100% BR + 100 €	100% BR + 110 €
AUTRES PRESTATIONS				
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	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 MEDICAUX GENERALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	120% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	120% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	40 €	40 €	40 €
PARAMEDICAL				
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
ANALYSES ET EXAMENS				
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
MEDICAMENTS - PHARMACIE				
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	12 €	12 €	12 €
MATERIEL MEDICAL				
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	265% BR	265% BR	120% BR	200% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 400 €	400 €	400 €	400 €
AUTRES PRESTATIONS				
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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] Poda 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 HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	20% BR	245% BR	20% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]		75% BR	150% BR	75% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :		1160 €	2 290 €	1160 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**		125% BR	125% BR	125% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.**		150% BR	150% BR	-
** Dans la limite d'un plafond annuel de :		-	-	1 000 €
[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]	 [1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation]	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]		Frais réels	Frais réels	Frais réels

8 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE			
		ACTIVE	BIEN ETRE	EQUILIBRE	CONFORT
OPTIQUE (suite)					
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B					
Monture à tarif libre		100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	100% BR	60 €	10 €	30 €
1 verre complexe		50 €	90 €	50 €	50 €
1 verre très complexe		50 €	90 €	50 €	50 €
Equipements mixtes classes A et B [11]	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	Se référer aux postes correspondants			
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 40 €	100% BR + 275 €	100% BR + 120 €	100% BR + 190 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)	40 €	275 €	120 €	190 €

[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'appariage 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

Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]	 [1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]		800 €	800 €	400 €	550 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]		1 700 €	1 700 €	1 400 €	1 650 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		265% BR	265% BR	120% BR	200% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	175 €

[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

CURE

Cure thermale remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	165 €	400 €	160 €	160 €
---	--------------	-------	-------	-------	-------

[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

ALLOCATIONS

Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]	(Allocation forfaitaire)	240 €	240 €	240 €	240 €
Allocation enfant né sans vie [16]	(Allocation forfaitaire)	300 €	300 €	300 €	300 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire)	320 €	320 €	320 €	610 €

[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.

[16] 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'événement.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
--	--	---------	---------	---------	---------

[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION

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.

PRESTATIONS EN INCLUSION

Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]		oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]		oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]		oui	oui	oui	oui

[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

9 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties Plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE				
	ACTIVE Plus	BIEN ETRE Plus	EQUILIBRE Plus	CONFORT Plus
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) 65 €	(Plafond/jour) 80 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES (Plafonds limités à 3 800€/an)				
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	(Plafond/jour) 100% BR + 135 €	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	(Plafond/jour) 100% BR + 110 €
AUTRES PRESTATIONS				
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[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%.</i>				
<i>[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.</i>				
<i>[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.</i>				
<i>[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</i>				
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	120% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	120% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €
PARAMEDICAL				
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €
Psychothérapie GARANTIES PLUS	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €
ANALYSES ET EXAMENS				
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses hors nomenclature GARANTIES PLUS	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE				
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. GARANTIES PLUS	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
MATERIEL MEDICAL				
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	265% BR	265% BR	120% BR	200% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. GARANTIES PLUS	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €
AUTRES PRESTATIONS				
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[5] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.</i>				
<i>[6] Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassés.</i>				
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	 (Plafond limité aux HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	20% BR	245% BR	20% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]		75% BR	150% BR	75% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :		1 160 €	2 290 €	1 160 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**		125% BR	125% BR	125% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.**		150% BR	150% BR	-
** Dans la limite d'un plafond annuel de :		-	-	1 000 €
<i>[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.</i>				
<i>[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 HBM020).</i>				
OPTIQUE [9]				
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [10]	 [1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]		Frais réels	Frais réels	Frais réels

9 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties Plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE					
		ACTIVE Plus	BIEN ETRE Plus	EQUILIBRE Plus	CONFORT Plus
OPTIQUE (suite)					
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B					
Monture à tarif libre		100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	100% BR	60 €	10 €	30 €
1 verre complexe		50 €	90 €	50 €	50 €
1 verre très complexe		50 €	90 €	50 €	50 €
Equipements mixtes classes A et B [11]	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	Se référer aux postes correspondants			
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 40 €	100% BR + 275 €	100% BR + 120 €	100% BR + 190 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)	40 €	275 €	120 €	190 €
[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'appariage 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					
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]	 [1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]		800 €	800 €	400 €	550 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]		1 700 €	1 700 €	1 400 €	1 650 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		265% BR	265% BR	120% BR	200% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	175 €
[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).					

CURE					
Cure thermale remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	165 €	400 €	160 €	160 €
[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.					

ALLOCATIONS					
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]	(Allocation forfaitaire)	240 €	240 €	240 €	240 €
Allocation enfant né sans vie [16]	(Allocation forfaitaire)	300 €	300 €	300 €	300 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire)	320 €	320 €	320 €	610 €
[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.					
[16] 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.					

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER					
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.					

PREVENTION
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.

PRESTATIONS EN INCLUSION					
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]		oui	oui	oui	oui
Garantie Pass'Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]		oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]		oui	oui	oui	oui
[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.					

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DÉFINIES À L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE 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.

10 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE				
	ACTIVE Sup'	BIEN ETRE Sup'	EQUILIBRE Sup'	CONFORT Sup'
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 50 €	(Plafond/jour) 100 €	(Plafond/jour) 65 €	(Plafond/jour) 80 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES (Plafonds limités à 3 800€/an)				
Frais de séjour [2]	100% BR + 100 €	100% BR + 135 €	100% BR + 100 €	100% BR + 110 €
Chambre particulière				
AUTRES PRESTATIONS				
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[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%.</i>				
<i>[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.</i>				
<i>[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.</i>				
<i>[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</i>				
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	120% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	100% BR	120% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	100% BR	100% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €
Fécondation In Vitro non remboursée par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
PARAMEDICAL				
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie) GARANTIES SUP'	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €
Psychothérapie GARANTIES SUP'	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €
ANALYSES ET EXAMENS				
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses hors nomenclature GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE				
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiniques remboursés par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €
Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €
Vaccins non remboursés par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 30 €	(Plafond/an) 30 €	(Plafond/an) 30 €	(Plafond/an) 30 €
MATERIEL MEDICAL				
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	265% BR	265% BR	120% BR	200% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €
AUTRES PRESTATIONS				
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[5] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.</i>				
<i>[6] Poda orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.</i>				
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	(Plafond limité aux HLF)			
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 20% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 245% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 20% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 125% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]	75% BR	150% BR	75% BR	100% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :	1 160 €	2 290 €	1 160 €	1 950 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire orthodontie remboursée**	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.**	150% BR	150% BR	-	-
** Dans la limite d'un plafond annuel de :	-	-	1 000 €	1 000 €
<i>[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.</i>				
<i>[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).</i>				

10 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Accueil (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraaires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE				
	ACTIVE Sup'	BIEN ETRE Sup'	EQUILIBRE Sup'	CONFORT Sup'
OPTIQUE [9]				
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [10]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B				
Monture à tarif libre	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple	100% BR	60 €	10 €	30 €
1 verre complexe	50 €	90 €	50 €	50 €
1 verre très complexe	50 €	90 €	50 €	50 €
Equipements mixtes classes A et B [11]	Se référer aux postes correspondants			
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an) 100% BR + 40 €	100% BR + 275 €	100% BR + 120 €	100% BR + 190 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an) 40 €	275 €	120 €	190 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)			
Implants oculaires (par œil) hors honoraires	300 €	300 €	300 €	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'appariage 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				
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]	800 €	800 €	400 €	550 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]	1 700 €	1 700 €	1 400 €	1 650 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.	265% BR	265% BR	120% BR	200% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an) -	-	-	175 €
[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).				
CURE				
Cure thermale remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an) 165 €	400 €	160 €	160 €
[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.				
ALLOCATIONS				
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]	(Allocation forfaitaire) 240 €	240 €	240 €	240 €
Allocation enfant né sans vie [16]	(Allocation forfaitaire) 300 €	300 €	300 €	300 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire) 320 €	320 €	320 €	610 €
[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.				
[16] 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.				
SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER				
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.				
PREVENTION				
<i>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.</i>				
PRESTATIONS EN INCLUSION				
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]	oui	oui	oui	oui
[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.				
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES				
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, en € ou au ticket modérateur (TM).				
PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.				
TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).				
LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.				

11 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
	ADRIATIQUE	BALTIQUE	CASPIENNE	EÉGEE	IONIENNE	KORO	MANCHE	TASMAN
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits « lourds »	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 60 €	(Plafond/jour) 75 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 110 €	(Plafond/jour) 110 €	(Plafond/jour) 115 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)
Chambre particulière	(Plafond/jour) 100% BR + 80 €	(Plafond/jour) 100% BR + 90 €	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 130 €	(Plafond/jour) 100% BR + 150 €
AUTRES PRESTATIONS								
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 40 €	(Plafond/jour) 40 €	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 50 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[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%.</i>								
<i>[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.</i>								
<i>[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.</i>								
<i>[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</i>								
SOINS COURANTS								
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits « lourds »	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 60 €
PARAMEDICAL								
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, acupuncture, diététicien)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 25 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 35 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 40 €
ANALYSES ET EXAMENS								
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Amniocentèse non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €
MATERIEL MEDICAL								
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Gros appareillage [y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.] [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 500 €	(Plafond/an) 500 €	(Plafond/an) 550 €	(Plafond/an) 600 €
AUTRES PRESTATIONS								
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[5] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.</i>								
<i>[6] Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.</i>								
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	 (Plafond limité aux HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires [y compris implantologie remboursée par le R.O.]		100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	350% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	25% BR	125% BR	225% BR	175% BR	275% BR	325% BR	375% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :		1525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 000 €	3 355 €	4 000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		125% BR	200% BR	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR	425% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Parodontologie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	250 €	350 €	300 €	400 €	450 €	600 €
<i>[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.</i>								
<i>[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).</i>								
OPTIQUE [9]								
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [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	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B								
Monture à tarif libre	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple		100% BR	30 €	70 €	100 €	130 €	150 €	160 €
1 verre complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	130 €	150 €	255 €
1 verre très complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	130 €	150 €	275 €

11 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraaires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE									
		ADRIATIQUE	BALTIQUE	CASPIENNE	EĞEE	IONIENNE	KORO	MANCHE	TASMAN
OPTIQUE (suite)									
Equipements mixtes classes A et B [11]	[1] Équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants							
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 80 €	100% BR + 155 €	100% BR + 245 €	100% BR + 305 €	100% BR + 355 €	100% BR + 400 €	100% BR + 500 €	100% BR + 630 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Implants oculaires (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
[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									
		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]	 [1] aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	400 €	500 €	600 €	700 €	700 €	700 €	750 €	800 €
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]		1500 €	1600 €	1700 €	1700 €	1700 €	1700 €	1700 €	1700 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	550 €	600 €
[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).									

CURE									
		-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
Cure thermique remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.									

ALLOCATIONS									
		75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Allocation enfant né sans vie [16]	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1200 €	1500 €
[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.									
[16] 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.									

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER									
		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.									

PREVENTION									
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.									

PRESTATIONS EN INCLUSION									
		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass'Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.									

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

12 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties Plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
	ADRIATIQUE Plus	BALTIQUE Plus	CASPIENNE Plus	EGEE Plus	IONIENNE Plus	KORO Plus	MANCHE Plus	TASMAN Plus
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES								
Frais de séjour (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité (3)	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 60 €	(Plafond/jour) 75 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 110 €	(Plafond/jour) 110 €	(Plafond/jour) 115 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES								
Frais de séjour (2)	(Plafond/jour) 100% BR + 80 €	(Plafond/jour) 100% BR + 90 €	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 130 €	(Plafond/jour) 100% BR + 150 €
Chambre particulière								
AUTRES PRESTATIONS								
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans (4)	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 40 €	(Plafond/jour) 40 €	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 50 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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 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 MEDICAUX GENERALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 60 €
PARAMEDICAL								
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) (GARANTIES PLUS)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 50 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 55 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 60 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 60 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 65 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 70 €
Psychothérapie (GARANTIES PLUS)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €
ANALYSES ET EXAMENS								
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Analyses hors nomenclature (GARANTIES PLUS)	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. (GARANTIES PLUS)	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €
MATERIEL MEDICAL								
Dispositifs médicaux et appareillages (5)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) (6)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 500 €	(Plafond/an) 500 €	(Plafond/an) 550 €	(Plafond/an) 600 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. (GARANTIES PLUS)	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €
AUTRES PRESTATIONS								
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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.								
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement (7)	(Plafond limité aux HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	350% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	25% BR	125% BR	225% BR	175% BR	275% BR	325% BR	350% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* (8)		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :		1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 000 €	3 355 €	4 000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		125% BR	200% BR	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR	425% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Parodontologie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	250 €	350 €	300 €	400 €	450 €	600 €
[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)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B (10)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

12 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties Plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
		ADRIATIQUE Plus	BALTIQUE Plus	CASPIENNE Plus	EGEE Plus	IONIENNE Plus	KORO Plus	MANCHE Plus	TASMAN Plus
OPTIQUE (suite)									
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B									
Monture à tarif libre	[1] équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple		100% BR	30 €	70 €	100 €	130 €	150 €	160 €	160 €
1 verre complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	130 €	150 €	200 €	255 €
1 verre très complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	130 €	150 €	200 €	275 €
Equipements mixtes classes A et B [11]		Se référer aux postes correspondants							
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 80 €	100% BR + 155 €	100% BR + 245 €	100% BR + 305 €	100% BR + 355 €	100% BR + 400 €	100% BR + 500 €	100% BR + 630 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	500 €	630 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) [par œil] hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Implants oculaires [par œil] hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €

[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'appariage 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									
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]									
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]		400 €	500 €	600 €	700 €	700 €	700 €	750 €	800 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		1 500 €	1 600 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	400% BR	500% BR
		200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	550 €	600 €

[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

CURE									
Cure thermale remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €

[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

ALLOCATIONS									
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	350 €	400 €
Allocation enfant né sans vie [16]	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1 200 €	1 500 €

[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.

[16] 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.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER									
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]		100% BR							

[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION									
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.									

PRESTATIONS EN INCLUSION									
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

13 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
	ADRIATIQUE Sup'	BALTIQUE Sup'	CASPIENNE Sup'	EGEE Sup'	IONIENNE Sup'	KORO Sup'	MANCHE Sup'	TASMAN Sup'
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 60 €	(Plafond/jour) 75 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 110 €	(Plafond/jour) 110 €	(Plafond/jour) 115 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)	(Plafonds limités à 3500€/an)
Chambre particulière	(Plafond/jour) 100% BR + 80 €	(Plafond/jour) 100% BR + 90 €	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 130 €	(Plafond/jour) 100% BR + 150 €
AUTRES PRESTATIONS								
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 35 €	(Plafond/jour) 40 €	(Plafond/jour) 40 €	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 50 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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 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 MEDICAUX GENERALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 60 €
Fécondation In Vitro non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
PARAMEDICAL								
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) [GARANTIES SUP]	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 50 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 55 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 60 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 60 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 65 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 70 €
Psychothérapie [GARANTIES SUP]	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €
ANALYSES ET EXAMENS								
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Analyses hors nomenclature [GARANTIES SUP]	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O. [GARANTIES SUP]	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 225 €	(Plafond/an) 225 €	(Plafond/an) 225 €	(Plafond/an) 225 €	(Plafond/an) 225 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O.	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O.	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €
Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O. [GARANTIES SUP]	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €
Vaccins prescrits non remboursés par le R.O. [GARANTIES SUP]	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €
MATERIEL MEDICAL								
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 500 €	(Plafond/an) 500 €	(Plafond/an) 550 €	(Plafond/an) 600 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. [GARANTIES SUP]	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €
AUTRES PRESTATIONS								
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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.								
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	350% BR	500% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 25% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 125% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 225% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 175% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 275% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 325% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 350% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 375% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]	-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR	300% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 000 €	3 355 €	4 000 €	5 000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	125% BR	200% BR	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR	425% BR	500% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.	-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.	-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Parodontologie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 250 €	(Plafond/an) 350 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 400 €	(Plafond/an) 450 €	(Plafond/an) 600 €	(Plafond/an) 800 €
[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).								

13 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme des Mers Accueil (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
		ADRIATIQUE Sup'	BALTIQUE Sup'	CASPIENNE Sup'	EGEE Sup'	IONIENNE Sup'	KORO Sup'	MANCHE Sup'	TASMAN Sup'
OPTIQUE (9)									
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A (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	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B (10)			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B									
Monture à tarif libre		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple			100% BR	30 €	70 €	100 €	130 €	150 €	160 €
1 verre complexe			50 €	50 €	70 €	100 €	130 €	150 €	255 €
1 verre très complexe			50 €	50 €	70 €	100 €	130 €	150 €	275 €
Equipements mixtes classes A et B (11)		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants						
Lentilles remboursées par le R.O.		(Plafond/an)	100% BR + 80 €	100% BR + 155 €	100% BR + 245 €	100% BR + 305 €	100% BR + 355 €	100% BR + 400 €	100% BR + 630 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables		(Plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	355 €	400 €	630 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires		(Plafond/an)	300 €	300 €	300 €	425 €	425 €	425 €	425 €
Implants oculaires (par œil) hors honoraires		(Plafond/an)	300 €	300 €	300 €	425 €	425 €	425 €	425 €

[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							
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I (12)		(1 aide auditive/ oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II (13)			400 €	500 €	600 €	700 €	700 €	750 €	800 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II (13)			1 500 €	1 600 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	400% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.		(Plafond/an)	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	550 €	600 €

[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).

		CURE								
Cure thermale remboursée par le R.O. (14)		(Plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	450 €	500 €
[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.										
ALLOCATIONS										
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) (15)		(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	350 €	400 €	
Allocation enfant né sans vie (16)		(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	450 €	500 €	
Obsèques (âge limité à 70 ans)		(Allocation indemnitaire)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	1 200 €	1 500 €

[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.

[16] 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.

		SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER								
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. (17)			100% BR							
[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.										

PREVENTION
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.

		PRESTATIONS EN INCLUSION							
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone (18)			oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident (18)			oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 (18)			oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

14 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Océanile Accueil

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
	RIVAGE ACCUEIL	MARINE ACCUEIL	LAGON ACCUEIL	EMBRUN ACCUEIL	ECUME ACCUEIL	DUNE ACCUEIL	ALIZES ACCUEIL	DELTA ACCUEIL
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES								
Frais de séjour (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité (3)	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 60 €	(Plafond/jour) 75 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES								
Frais de séjour (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (Plafond/jour)	100% BR + 80 €	100% BR + 90 €	100% BR + 100 €	100% BR + 120 €	100% BR + 150 €			
AUTRES PRESTATIONS								
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans (4)	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 50 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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 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 MEDICAUX GENERALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)								
Praticiens adhérents au DPTM (1)	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM (1)	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	60 €
PARAMEDICAL								
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	300% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) (Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	-	-	-	-	15 €	15 €	40 €
ANALYSES ET EXAMENS								
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	300% BR
Amniocentèse non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. (Plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. (Plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O. (Plafond/an)	-	-	-	-	-	60 €	60 €	60 €
MATERIEL MEDICAL								
Dispositifs médicaux et appareillages (5)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	500% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) (6)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (Plafond/an)	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	230 €	600 €
AUTRES PRESTATIONS								
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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.								
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement (7)	(Plafond limité aux HLF) Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	500% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées* (Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	25% BR	125% BR	225% BR	175% BR	325% BR	175% BR	325% BR	375% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* (8)	-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR	300% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 355 €	2 440 €	3 355 €	5 000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	125% BR	200% BR	300% BR	300% BR	350% BR	300% BR	350% BR	500% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.	-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. (Plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	800 €
[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)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation) Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B (10)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B								
Monture à tarif libre	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation) 100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple	100% BR	30 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	160 €
1 verre complexe	50 €	50 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	255 €
1 verre très complexe	50 €	50 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	275 €

14 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Océanile Accueil (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE									
	RIVAGE ACCUEIL	MARINE ACCUEIL	LAGON ACCUEIL	EMBRUN ACCUEIL	ECUME ACCUEIL	DUNE ACCUEIL	ALIZES ACCUEIL	DELTA ACCUEIL	
OPTIQUE (suite)									
Equipements mixtes classes A et B [11]	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation] Se référer aux postes correspondants								
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an) 100% BR + 80 €	100% BR + 155 €	100% BR + 245 €	100% BR + 305 €	100% BR + 400 €	100% BR + 305 €	100% BR + 400 €	100% BR + 470 €	
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an) 80 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €	
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €	
Implants oculaires (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €	
[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									
	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]	[1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation]								
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]	400 €	500 €	600 €	700 €	700 €	700 €	700 €	800 €	800 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]	1 500 €	1 600 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	500% BR	500% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an) 200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €	600 €	600 €
[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 1 700 € par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).									

CURE									
	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Cure thermique remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an) -	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €	500 €
[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.									

ALLOCATIONS									
	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Allocation naissance ou adoption [enfant < 10 ans] [15]	(Allocation forfaitaire) 75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	300 €	400 €	400 €
Allocation enfant né sans vie [16]	(Allocation forfaitaire) 100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire) 115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	900 €	1 500 €	1 500 €
[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.									
[16] 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.									

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER									
	Frais réels								
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]	100% BR								
[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.									

PREVENTION									
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.									

PRESTATIONS EN INCLUSION									
	Frais réels								
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]	oui								
Garantie Pass'Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]	oui								
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]	oui								
[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.									

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

15 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Océanile Accueil (garanties Plus)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
	RIVAGE ACCUEIL Plus	MARINE ACCUEIL Plus	LAGON ACCUEIL Plus	EMBRUN ACCUEIL Plus	ECUME ACCUEIL Plus	DUNE ACCUEIL Plus	ALIZES ACCUEIL Plus	DELTA ACCUEIL Plus
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 60 €	(Plafond/jour) 75 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)	(Plafond/jour)
Chambre particulière	100% BR + 80 €	100% BR + 90 €	100% BR + 100 €	100% BR + 120 €	100% BR + 150 €			
AUTRES PRESTATIONS								
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 50 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR							
[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 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 MEDICAUX GENERALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 60 €
PARAMEDICAL								
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	300% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien) [GARANTIES PLUS]	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 30 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 45 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 45 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 70 €				
Psychothérapie [GARANTIES PLUS]	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €							
ANALYSES ET EXAMENS								
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	300% BR
Analyses hors nomenclature [GARANTIES PLUS]	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €	(Plafond/an) 125 €				
MEDICAMENTS - PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. [GARANTIES PLUS]	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €				
MATERIEL MEDICAL								
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	500% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 600 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. [GARANTIES PLUS]	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €
AUTRES PRESTATIONS								
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
[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 châssis.								
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)	(Plafond limité aux HLF)
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	500% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 25% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 125% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 225% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 175% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 325% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 175% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 325% BR	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés) 375% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]	-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR	300% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :	1 525 €	2 135 €	2 745 €	2 440 €	3 355 €	2 440 €	3 355 €	5 000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	125% BR	200% BR	300% BR	300% BR	350% BR	300% BR	350% BR	500% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.	-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) -	(Plafond/an) 800 €
[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]	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les 5 ans à compter de la dernière consommation)
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

15 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Océanile Accueil (garanties Plus) suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
		RIVAGE ACCUEIL Plus	MARINE ACCUEIL Plus	LAGON ACCUEIL Plus	EMBRUN ACCUEIL Plus	ECUME ACCUEIL Plus	DUNE ACCUEIL Plus	ALIZES ACCUEIL Plus	DELTA ACCUEIL Plus
OPTIQUE (suite)									
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B									
Monture à tarif libre	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple		100% BR	30 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	160 €
1 verre complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	255 €
1 verre très complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	275 €
Equipements mixtes classes A et B (11)		Se référer aux postes correspondants							
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 80 €	100% BR + 155 €	100% BR + 245 €	100% BR + 305 €	100% BR + 400 €	100% BR + 305 €	100% BR + 400 €	100% BR + 470 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) [par œil] hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	-	-	125 €	125 €	125 €
Implants oculaires [par œil] hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	-	-	-	-	-	-

(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'appariage 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							
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I (12)		 (1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)							
Aide auditive adulte - CLASSE II (13)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II (13)		400 €	500 €	600 €	700 €	700 €	700 €	700 €	800 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		1 500 €	1 600 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	500% BR
		200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €	600 €

(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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

		CURE							
Cure thermale remboursée par le R.O. (14)	(Plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €

(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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

		ALLOCATIONS							
Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) (15)	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie (16)	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	900 €	1 500 €

(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.

(16) 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.

		SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER							
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. (17)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

(17) Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

		PREVENTION							
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.									

		PRESTATIONS EN INCLUSION							
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone (18)		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident (18)		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 (18)		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

(18) Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

16 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Océanile Accueil (garanties Sup')

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

	REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
	RIVAGE ACCUEIL Sup'	MARINE ACCUEIL Sup'	LAGON ACCUEIL Sup'	EMBRUN ACCUEIL Sup'	ECUME ACCUEIL Sup'	DUNE ACCUEIL Sup'	ALIZES ACCUEIL Sup'	DELTA ACCUEIL Sup'
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES								
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour) 45 €	(Plafond/jour) 60 €	(Plafond/jour) 75 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 90 €	(Plafond/jour) 125 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES (Plafonds limités à 3500€/an)								
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	(Plafond/jour) 100% BR + 80 €	(Plafond/jour) 100% BR + 90 €	(Plafond/jour) 100% BR + 100 €	(Plafond/jour) 100% BR + 120 €	(Plafond/jour) 100% BR + 150 €			
AUTRES PRESTATIONS								
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 30 €	(Plafond/jour) 50 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[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%.</i>								
<i>[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.</i>								
<i>[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.</i>								
<i>[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</i>								
SOINS COURANTS								
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)								
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	300% BR	175% BR	300% BR	500% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	105% BR	130% BR	155% BR	200% BR	155% BR	200% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 40 €	(Plafond/an) 60 €
Fécondation In Vitro non remboursée par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
PARAMEDICAL								
Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	300% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététicien) GARANTIES SUP'	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) -	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 45 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 45 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 70 €
Psychothérapie GARANTIES SUP'	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an) 20 €
ANALYSES ET EXAMENS								
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR	300% BR
Analyses hors nomenclature GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €	(Plafond/an) 300 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 100 €	(Plafond/an) 225 €	(Plafond/an) 225 €	(Plafond/an) 225 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiques non remboursés par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 60 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €	(Plafond/an) 12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 120 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €	(Plafond/an) 180 €
Traitement de la ménopause non remboursé par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €
Vaccins prescrits non remboursés par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €	(Plafond/an) 70 €
MATERIEL MEDICAL								
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	500% BR
Gros appareillage [y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.] [6]	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 230 €	(Plafond/an) 600 €
Appareillage post-opératoire non remboursé par le R.O. GARANTIES SUP'	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €	(Plafond/an) 50 €
AUTRES PRESTATIONS								
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>[5] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.</i>								
<i>[6] Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.</i>								
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	 (Plafond limité aux HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires [y compris implantologie remboursée par le R.O.]		100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	125% BR	150% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	25% BR	125% BR	225% BR	175% BR	325% BR	175% BR	375% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de :		1525 €	2135 €	2745 €	2440 €	3355 €	2440 €	3355 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		125% BR	200% BR	300% BR	300% BR	350% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.		-	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	-	-	-	800 €
<i>[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.</i>								
<i>[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).</i>								

16 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Gamme Océanile Accueil (garanties Sup') suite

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE							
		RIVAGE ACCUEIL Sup'	MARINE ACCUEIL Sup'	LAGON ACCUEIL Sup'	EMBRUN ACCUEIL Sup'	ECUME ACCUEIL Sup'	DUNE ACCUEIL Sup'	ALIZES ACCUEIL Sup'	DELTA ACCUEIL Sup'
OPTIQUE [9]									
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B									
Monture à tarif libre		100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
1 verre simple	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	100% BR	30 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	160 €
1 verre complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	255 €
1 verre très complexe		50 €	50 €	70 €	100 €	150 €	100 €	150 €	275 €
Equipements mixtes classes A et B [11]	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	Se référer aux postes correspondants							
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 80 €	100% BR + 155 €	100% BR + 245 €	100% BR + 305 €	100% BR + 400 €	100% BR + 305 €	100% BR + 400 €	100% BR + 470 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables	(Plafond/an)	80 €	155 €	245 €	305 €	400 €	305 €	400 €	470 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	425 €	425 €	425 €
Implants oculaires (par œil) hors honoraires	GARANTIES SUP'								

[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'appariage 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

Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]		[1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation]							
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]		400 €	500 €	600 €	700 €	700 €	700 €	700 €	800 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		1 500 €	1 600 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	500% BR
		200 €	300 €	400 €	500 €	500 €	500 €	500 €	600 €

[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

CURE

Cure thermique remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	-	230 €	315 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
--	--------------	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

ALLOCATIONS

Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]	(Allocation forfaitaire)	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	300 €	400 €
Allocation enfant né sans vie [16]	(Allocation forfaitaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	400 €	400 €	400 €	500 €
Obsèques (âge limité à 70 ans)	(Allocation indemnitaire)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	900 €	1 500 €

[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.

[16] 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.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]		100% BR							
--	--	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

[17] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

PREVENTION

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.

PRESTATIONS EN INCLUSION

Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [18]		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

[18] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

17 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Coup de Pouce

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE	
		COUP DE POUCE	
HOSPITALISATION			
Forfait journalier hospitalier			Frais réels
Forfait sur les actes dits «lourds»			Frais réels
HONORAIRES			
Praticiens adhérents au DPTM [1]			100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]			100% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES			
Frais de séjour [2]			Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour)		45 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES			
Frais de séjour [2]			100% BR
AUTRES PRESTATIONS			
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour)		35 €
Transport accepté par le R.O.			100% BR
<i>[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%.</i>			
<i>[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.</i>			
<i>[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.</i>			
<i>[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</i>			
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES			
Praticiens adhérents au DPTM [1]			100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]			100% BR
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES			
Praticiens adhérents au DPTM [1]			150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]			130% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)			
Praticiens adhérents au DPTM [1]			100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]			100% BR
Forfait sur les actes dits «lourds»			Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)		40 €
PARAMEDICAL			
Honoraires paramédicaux			100% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)		30 €
ANALYSES ET EXAMENS			
Analyses et examens de biologie			100% BR
MEDICAMENTS - PHARMACIE			
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.			100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.			100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.			100% BR
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)		50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)		12 €
Pilules contraceptives non remboursées par le R.O.	(Plafond/an)		50 €
Préservatifs	(Plafond/an)		40 €
MATERIEL MEDICAL			
Dispositifs médicaux et appareillages [5]			100% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]			100% BR
AUTRES PRESTATIONS			
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.			100% BR
<i>[5] A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.</i>			
<i>[6] Poda orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et châssis.</i>			
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	 (Plafond limité aux HLF)		Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)			100% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.			100% BR
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)		100% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* [8]			200% BR
*Dans la limite d'un plafond annuel de : Les remboursements sont limités à 1/3 du plafond indiqué la première année de l'adhésion, aux 2/3 du plafond indiqué la deuxième année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la troisième année civile d'adhésion.			1 550 €
Orthodontie remboursée par le R.O.			200% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.			200% BR
<i>[7] Le remboursement est limité à hauteur des honoraires limités de facturation, précisés par la Convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou par le règlement arbitral en l'absence de Convention.</i>			
<i>[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).</i>			

17 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Coup de Pouce (suite)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier. Sauf mention expresse, les garanties présentées sont conformes à la réglementation des contrats dits responsables ; toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraaires à ladite réglementation seraient sans effet et réputées non écrites.

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE	
		COUP DE POUCE	
OPTIQUE [9]			
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [10]		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels
Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSE A et CLASSE B [10]			Frais réels
EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B			
Monture à tarif libre			100 €
1 verre simple		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	15 €
1 verre complexe			50 €
1 verre très complexe			50 €
Equipements mixtes classes A et B [11]		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Se référer aux postes correspondants
Lentilles remboursées par le R.O.		(Plafond/an)	100% BR + 125 €
Lentilles non remboursées par le R.O., jetables		(Plafond/an)	125 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) [par œil] hors honoraires		(Plafond/an)	150 €
Implants oculaires [par œil] hors honoraires			
[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			
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]		(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels
Aide auditive adulte - CLASSE II [13]			400 €
Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité - CLASSE II [13]			1500 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			100% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.		(Plafond/an)	160 €
[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 1 700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).			

CURE			
Cure thermale remboursée par le R.O. [14]		(Plafond/an)	100% BR
[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 TM et viennent en complément du Régime obligatoire.			

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER			
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [15]			100% BR
[15] Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.			

PREVENTION			
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.			

PRESTATIONS EN INCLUSION			
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [16]			oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [16]			oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [16]			oui
[16] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.			

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

18 Tableau des prestations - Catégorie des Particuliers Garantie C

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre particulier.

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE	
RÉGIME NON RESPONSABLE	
GARANTIE C	
HOSPITALISATION	
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels
HONORAIRES	
Honoraires hospitalisation	100% BR
Hospitalisation chirurgicale	Chirurgie seule [1]
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES	
Forfait hospitalier journalier secteur conventionné	Frais réels
Frais de séjour secteur conventionné [2]	Frais réels
Chambre particulière [3]	[Plafond /jour] 50 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES	
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné [2]	[Plafond limité à 3 800 €/an] 100 €
Chambre particulière [3]	
AUTRES PRESTATIONS	
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	35 €
Transport accepté par le R.O.	100% BR
[1] Sont également garanties les mises en observation chirurgicale sans intervention (limitées à 10 jours) et les affections traumatiques : immobilisations orthopédiques par plâtre, limitées à 30 jours. Les plâtres effectués pour des événements non chirurgicaux ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie.	
[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. 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 MEDICAUX GENERALISTES / SPECIALISTES	
Consultations, visites [5]	100% BR [6]
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)	
Actes de spécialistes	100% BR [6]
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels
ANALYSES ET EXAMENS	
Analyses et examens de biologie	100% BR [6]
[5] En cas de consultations et de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité.	
[6] Avant, pendant et après l'opération chirurgicale : durée UN mois avant et DEUX mois après l'acte opératoire.	
PRESTATIONS EN INCLUSION	
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [7]	oui
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [7]	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [7]	oui
[7] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU TABLEAU DE GARANTIES

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, en € ou au ticket modérateur (TM).

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) diminué 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 soins 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) AINSI QUE DES PENALITES EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DEFINIES A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS OU EN % PMSS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, A L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES.

19 Délais de stage - Opérations individuelles

GARANTIE / ÂGE DE L'ADHÉRENT ET DE LA PERSONNE PROTÉGÉE	CODE	JUSQU'À 55 ANS	DE 55 À 70 ANS	PLUS DE 70 ANS
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Chambre particulière et frais de séjour et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radio et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation enfant né sans vie	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres Garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

20 Encadrement règlementaire des remboursements optiques et aides auditives (en application du décret n° 2019-21 du 21 janvier 2019)

20-1 Equipements optiques

Dès lors que la garantie prévoit un remboursement de l'équipement optique supérieur au ticket modérateur, la garantie doit prévoir un remboursement ne pouvant être inférieur au minimum et supérieur au maximum définis par la réglementation. Le remboursement total de la monture et des verres ne peut pas excéder les maximums définis par la réglementation. Par remboursement total, il faut entendre la somme des remboursements perçus par le Régime de base et par les différents Régimes complémentaires.

REMBOURSEMENTS ÉQUIPEMENTS OPTIQUES ENCADRÉS RÈGLEMENTAIREMENT	MINIMUM	MAXIMUM
1 monture + 2 verres simples	50 € (*)	420 € (*)
1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	125 € (*)	560 € (*)
1 monture + 2 verres complexes	200 € (*)	700 € (*)
1 monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	125 € (*)	610 € (*)
1 monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 € (*)	750 € (*)
1 monture + 2 verres très complexes	200 € (*)	800 € (*)
(*) dont monture	100 % BR	100 €

Grille de définition des verres telle que fixée par l'arrêté du 3 décembre 2018

CYLINDRE	VERRES UNIFOCALUX			VERRES MULTI-FOCAUX / PROGRESSIFS		
	0 dioptrie	]0-4] dioptries	]4 dioptries et +	0 dioptrie	]0-4] dioptries	]4 dioptries et +
SPHÈRE	-	2	6	-	-	8
] -12 dioptries et +						
] -12 à -8] dioptries						
] -8 à -4] dioptries	-6					VERRES TRÈS COMPLEXES
] -4 à -2] dioptries						
] -2 à 0] dioptries	VERRES SIMPLES		VERRES COMPLEXES			
] 0 à 2] dioptries						
] 2 à 4] dioptries						
] 4 à 8] dioptries	6					
] 8 à 12] dioptries						
] 12 dioptries et +						

20-2 Aides auditives

Le remboursement total de l'aide auditive ne peut pas excéder le maximum défini par la réglementation. Par remboursement total, il faut entendre la somme des remboursements perçus par le Régime de base et par les différents Régimes complémentaires.

REMBOURSEMENT AIDE AUDITIVE ENCADRÉ RÈGLEMENTAIREMENT	MAXIMUM
Aide auditive adulte	1 700 €
Aide auditive enfant ou personne atteinte de cécité	1 700 €

21 Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire

LISTE B - VACCINATIONS PRESCRITES NON REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Méningocoéphalite à tiques

Hépatite A

Méningite à virus A

Leptospirose

Typhoïde

Fièvre jaune

Rage

CCMO Mutuelle
6, avenue Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
CS 50993
60014 Beauvais Cedex
Tel : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01
Courriel : accueil@ccmo.fr
Mutuelle soumise au Livre II
du Code de la mutualité - N° 780508073