

Produit MUTUELLE SANTE CITOYENNE 3 -
SERENITE



Régime Responsable

Remboursements Mutuelle
incluant le régime de base

Edition 01/2020

HOSPITALISATION

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		Frais réels
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
HONORAIRES		
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾		300% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		200% BR
ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		
FRAIS DE SÉJOUR ⁽²⁾		Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE y compris maternité ⁽³⁾	(Plafond/jour)	100€
CHAMBRE AMBULATOIRE y compris maternité ⁽⁴⁾	(Plafond/jour)	100€
ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS		
FRAIS DE SÉJOUR ⁽²⁾	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	100% BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE		
AUTRES PRESTATIONS		
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽⁴⁾	(Plafond/jour)	30€
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 90 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité.




⁽⁴⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX GÉNÉRALISTES / SPÉCIALISTES		
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾		200% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		150% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)		
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾		200% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		150% BR
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
PARAMÉDICAL		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		125% BR
ANALYSES ET EXAMENS		
ANALYSES ET EXAMENS DE BIOLOGIE		125% BR
MÉDICAMENTS - 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
MÉDICAMENTS, HOMÉOPATHIE ET DISPOSITIFS MÉDICAUX autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.		100€
MATÉRIEL MÉDICAL		
DISPOSITIFS MÉDICAUX ET APPAREILLAGES ⁽⁵⁾		200% BR
GROS APPAREILLAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁶⁾		200% BR
AUTRES PRESTATIONS		
MAJORATIONS ET INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT remboursées par le R.O.		100% BR
MEDECINES DOUCES (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitpuncture)	(Planfond/an)	150€
ANALYSE HORS NOMENCLATURE non remboursée par le R.O.		
OSTEODENSITOMETRIE non remboursée par le R.O.		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie)		
DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER COLORECTAL non remboursé par le R.O.		
VACCINS PRESCRITS non remboursés par le R.O.		

⁽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
SOINS DENTAIRES (y compris implantologie remboursée par le R.O.)			200% BR
PROTHÈSES DENTAIRES AUTRES QUE 100% SANTÉ remboursées par le R.O.			125% BR
REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE PROTHÈSES DENTAIRES remboursées *		(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	175% BR
*Dans la limite d'un PLAFOND ANNUEL de			1000€
ORTHODONTIE remboursée par le R.O.			125% BR
REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE ORTHODONTIE REMBOURSÉE			350€
ORTHODONTIE non remboursée par le R.O.			350€
PROTHÈSES DENTAIRES non remboursées par le R.O. ⁽⁸⁾		(Plafond/an)	250€
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE non remboursée par le R.O.			
AUTRES ACTES DENTAIRE HORS NOMENCLATURE (prothèse provisoire, inlay core et réparation sur prothèse remboursée par le R.O.)			150€
⁽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⁾			
ÉQUIPEMENTS 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
ÉQUIPEMENTS À 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€
1 VERRE SIMPLE			110€
1 VERRE COMPLEXE			210€
1 VERRE TRES COMPLEXE			240€
ÉQUIPEMENTS 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 + 250€
LENTILLES non remboursées par le R.O., jetables			
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires		(Plafond/an)	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'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			
ÉQUIPEMENTS 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⁾			1400€
ENTRETIEN, RÉPARATION, ACCESSOIRES et CONSOMMABLES achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			200% BR
⁽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)	100% BR + 200€
⁽¹⁴⁾ Le remboursement inclut les soins médicaux, les frais médicaux (forfait thermal et forfait de surveillance médicale), les frais d'hébergement et de transport. Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à la cure de référence du Régime obligatoire. Les remboursements exprimés en € ou en % du PMSS incluent la prise en charge du TM et viennent en complément du Régime obligatoire.			
ALLOCATIONS			
ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION (enfant < 10 ans) ⁽¹⁵⁾		(Allocation forfaitaire)	-
ALLOCATION ENFANT NÉ SANS VIE ⁽¹⁶⁾		(Allocation forfaitaire)	-
⁽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 SÉCURITÉ SOCIALE ET DISPENSÉS À L'ÉTRANGER			
SOINS A 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.			
PRÉVENTION ⁽¹⁸⁾			
⁽¹⁸⁾ 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 ⁽¹⁹⁾			oui
TELECONSULTATION MÉDICALE : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 ⁽¹⁹⁾			oui
⁽¹⁹⁾ Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.			

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 soin et de la responsabilisation de l'assuré social.

Les remboursements incluent le remboursement du régime obligatoire et du ticket modérateur dès lors qu'ils sont pris en charge par le régime obligatoire y compris pour les forfaits optiques, aides auditives et dentaires.

Les allocations présentent un caractère indemnitaire ou forfaitaire, elles sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations s'entendent par année civile sauf mentions particulières.

LA GARANTIE EXCLUT LE REMBOURSEMENT DE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ET DES FRANCHISES 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.