

Produit MUTUELLE SANTÉ CITOYENNE 2
TRANQUILITE - TRAN



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⁾		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		130% BR
ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		
FRAIS DE SÉJOUR ⁽²⁾		Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE y compris maternité ⁽³⁾	(Plafond/jour)	80€
CHAMBRE AMBULATOIRE y compris maternité	(Plafond/jour)	80€
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)	20€
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⁾		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		130% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (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
PARAMÉDICAL		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		100% BR
ANALYSES ET EXAMENS		
ANALYSES ET EXAMENS DE BIOLOGIE		100% 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.		50€
MATÉRIEL MÉDICAL		
DISPOSITIFS MÉDICAUX ET APPAREILLAGES ⁽⁵⁾		125% BR
GROS APPAREILLAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁶⁾		125% 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.)			150% 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)	75% BR
*Dans la limite d'un PLAFOND ANNUEL de			800€
ORTHODONTIE remboursée par le R.O.			125% BR
REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE ORTHODONTIE REMBOURSÉE			300€
PROTHÈSES DENTAIRES non remboursées par le R.O. ⁽⁸⁾		(Plafond/an)	125€
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.)			75€
⁽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)	90€
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 + 200€
LENTILLES non remboursées par le R.O., jetables			
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires		(Plafond/an)	300€
⁽⁹⁾ Limité à la prise en charge d'un équipement verres et montures par période de 2 ans à compter de la dernière consommation, pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Ce plafond est annuel pour les moins de 16 ans et pour les adultes en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale ou en cas d'évolution de la vue. Les dispositions de renouvellement anticipé sont définies par l'arrêté du 3 décembre 2018.			
⁽¹⁰⁾ Monture, verres, prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appairage de verres (prestations facturables une seule fois pour 2 verres d'indice de réfraction différents), suppléments verres et montures affectés d'un prix limite de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019. Ces prestations sont remboursées dans la limite des PLV.			
⁽¹¹⁾ Remboursement à hauteur du tarif défini en classe B ou dans la limite des PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 en Classe A.			
AIDES AUDITIVES			
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.			125% 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 + 125€
⁽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 SÉCURITÉ SOCIALE ET DISPENSÉS À L'ÉTRANGER			
SOINS A 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.			
PRÉVENTION ⁽¹⁶⁾			
⁽¹⁶⁾ 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 ⁽¹⁷⁾			oui
TELECONSULTATION MEDICALE : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 ⁽¹⁷⁾			oui
⁽¹⁷⁾ 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.

Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé
Remboursement de l'assurance maladie obligatoire
Remboursement de l'assurance complémentaire
Reste à charge

Produit : TRAN

Date édition : 07/02/2020

HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour (par jour)	Tarif réglementaire	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien pour une opération chirurgicale de la cataracte					
- avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM) ⁽¹⁾	Prix moyen national de l'acte pour un œil	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0 €
- avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM) ⁽¹⁾	Prix moyen national de l'acte pour un œil	431,00 €	271,70 €	105,51 €	53,79 €

(1) Le remboursement de l'assurance maladie complémentaire intègre le forfait sur les actes dits "lourds" et les éventuels dépassements d'honoraires chirurgicaux pratiqués par les praticiens hospitaliers spécialistes. Pour les actes dits "lourds" (d'une base de remboursement est supérieure ou égale à 120€ ou d'un coefficient supérieur ou égal à 60), le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros. DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé tel que l'OPTAM ou OPTAM-CO.

SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires ⁽²⁾	Tarif conventionnel	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie					
- sans dépassement d'honoraire ⁽²⁾	Tarif conventionnel	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
- avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM) ⁽²⁾	Prix moyen national de l'acte	44,00 €	20,00 €	20,50 €	3,50 €
- avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM) ⁽²⁾	Prix moyen national de l'acte	56,00 €	15,10 €	13,80 €	27,10 €

(2) Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire des consultations est minoré de 1 € au titre de la participation forfaitaire. Cette retenue ne peut pas être remboursée par le régime complémentaire. DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé tel que l'OPTAM ou OPTAM-CO.

DENTAIRE					
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
PROTHÈSE 100% SANTÉ					
- Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires ⁽³⁾	Honoraire limite de facturation	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE PAR LE R.O.					
- Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires ⁽⁴⁾	Honoraire limite de facturation	538,70 €	84,00 €	156,00 €	298,70 €
- Couronne céramo-métallique sur molaires ⁽⁵⁾	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	75,25 €	139,76 €	323,69 €

(3) Tarif pratiqué par le chirurgien dentiste limité à 500 € par la réglementation

(4) Tarif pratiqué par le chirurgien dentiste limité à 550 € par la réglementation

(5) Tarif non limité par la réglementation. À noter que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous délivrer une information précise préalable au moyen d'un devis écrit.

OPTIQUE					
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - Équipement de classe A					
- 1 monture + 2 verres unifocaux ⁽⁶⁾	Prix limite de vente	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €
ÉQUIPEMENT À TARIF LIBRE - Équipement de classe B					
- 1 monture + 2 verres unifocaux ⁽⁷⁾	Prix moyen national de l'acte	345,00 €	0,09 €	309,91 €	35,00 €

(6) Équipement simple de Classe A composé d'une monture et de deux verres unifocaux de correction de sphère [-4,00 à -6,00] et Indice de réfraction supérieur ou égal à 1,67. Pour ce type d'équipement, les tarifs des opticiens sont limités à 30 € pour la monture et 47,50 € par verre par la réglementation.

(7) Équipement simple de Classe B composé d'une monture et de deux verres unifocaux de correction de sphère [-4,00 à -6,00]. Le remboursement total, assurances maladie obligatoire et complémentaire(s), est limité par la réglementation pour ce type d'équipement à 420 € (dont 100€ pour la monture). L'opticien est dans l'obligation de vous délivrer une information précise préalable au moyen d'un devis écrit vous présentant a minima un équipement 100% Santé.

AIDES AUDITIVES					
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - Aide auditive de classe I					
- Adulte (par oreille) ⁽⁸⁾	Prix limite de vente	1 100,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
- Enfant ou adulte atteint de cécité (par oreille) ⁽⁹⁾	Prix limite de vente	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0 €
ÉQUIPEMENT À TARIF LIBRE - Aide auditive de classe II					
- Adulte (par oreille) ⁽¹⁰⁾	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	210,00 €	190,00 €	1 076,00 €
- Enfant ou adulte atteint de cécité (par oreille) ⁽¹⁰⁾	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	840,00 €	560,00 €	76,00 €

(8) Tarif pratiqué par l'audioprothésiste limité à 1 100 € par la réglementation

(9) Tarif pratiqué par l'audioprothésiste limité à 1 400 € par la réglementation

(10) Le remboursement total, assurances maladie obligatoire et complémentaire(s), est limité par la réglementation à 1700 €. L'audioprothésiste est dans l'obligation de vous délivrer une information précise préalable au moyen d'un devis écrit vous présentant a minima une aide auditive 100% Santé ainsi qu'une garantie de 4 ans.

Exemples donnés à titre indicatif appliqués à la situation la plus courante : patient adulte sans exonération du ticket modérateur (non en ALD) respectant le parcours de soins coordonné.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (IPID)

Compagnie : CCMO Mutuelle, Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité – SIREN n°780 508 073

Produit : **Complémentaire santé collective – Gamme MUTUELLE SANTE CITOYENNE**
SECURITE – TRANQUILITE – SERENITE



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle ; les niveaux de remboursement étant détaillés dans les tableaux de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce contrat d'assurance complémentaire Santé collectif est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de ses bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, après remboursement de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge du bénéficiaire.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnement, chambre ambulatoire
- ✓ **Soins médicaux** : honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, analyse, médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux, examens de laboratoire, pharmacie remboursée à 65%, à 30% et à 15% par la Sécurité sociale, médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acuponcture, étio-pathie, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitopuncture), analyse hors nomenclature, vaccins prescrits, ostéodensitométrie non remboursée par le R.O., honoraires paramédicaux (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie), dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, vaccins prescrits
- ✓ **Frais optiques remboursés par la Sécurité sociale** : équipement 100% santé, suppléments et prestations optiques Classe A, Equipements à tarifs libres Classe B, lentilles de contact.
- ✓ **Frais optiques non remboursés par la Sécurité sociale** : lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires remboursés par la Sécurité sociale** : soins et prothèses 100% santé, soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Aides auditives** : équipement 100% santé, aide auditive adulte, aide auditive enfant et personne atteinte de cécité, entretien, réparation, accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ **Soins médicaux** : médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux, ostéodensitométrie.
- ✓ **Frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, autres actes dentaires hors nomenclature (prothèse provisoire, inlay core et réparation sur prothèse dentaire remboursée par le R.O.)
- ✓ **Cures Thermales remboursées par la Sécurité sociale**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Tiers payant** : pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ **Téléconsultation médicale** : des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 par téléphone
- ✓ **Services en ligne** dans votre espace sécurisé sur ccmo.fr : gestion du contrat et des effectifs...
- ✓ **Accès au réseau de soins mutualiste**

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile, en déplacement et à l'étranger

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion au contrat collectif.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime d'assurance Obligatoire (Tarif d'autorité).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière, Chambre ambulatoire**: prise en charge limitée à 60 jours par an ou à 90 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité.
- ! **Dentaire** : Prise en charge aux frais réels des soins et prothèses dentaires relevant du 100% Santé dans la limite des honoraires limites de facturation. Le remboursement est limité aux honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires relevant de l'offre à tarifs maîtrisés.
- ! **Prothèses dentaires remboursées** : limitées à un plafond en euros par an.
- ! **Implantologie** : limité à un plafond en € par an.
- ! **Optique** : Prise en charge aux frais réels des équipements relevant du 100% Santé. Dans tous les cas le remboursement est limité à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue à compter de la dernière consommation.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge aux frais réels des équipements relevant du 100% Santé. Dans tous les cas, le remboursement est limité à une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation.
- ! **médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acuponcture, étio-pathie, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitopuncture, consultation homéopathe), analyse hors nomenclature, vaccins prescrits, ostéodensitométrie non remboursée par le R.O., honoraires paramédicaux (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie), dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal** : limité à un plafond en € par an.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la Mutuelle prend en charge les soins remboursés par la Sécurité sociale, sur la base de remboursement transmis par le Régime Obligatoire. Les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et prestations forfaitaires ne sont pas prises en charge par la Mutuelle dès lors que les soins ont été dispensés à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de suspension des garanties et de radiation du contrat collectif, le cas échéant :

A la souscription et au cours du contrat collectif, vous devez notamment :

- Retourner les Conditions particulières dûment signées à la Mutuelle,
- Transmettre aux bénéficiaires du contrat collectif, un bulletin d'adhésion/d'affiliation à retourner dûment complété et signé à la Mutuelle,
- Remettre aux bénéficiaires du contrat collectif une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée aux Conditions particulières,
- Signaler toutes les modifications administratives intervenues concernant les salariés affiliés au moyen de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), ou d'une fiche de liaison pour les autres bénéficiaires,
- Respecter l'ensemble des obligations prévues au sein des Conditions générales et aux Conditions particulières applicables.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme échu, au plus tard le 10 du mois suivant la réception de l'appel de cotisation, sauf stipulations contraires inscrites aux Conditions particulières. Le règlement des cotisations peut s'effectuer par chèque, prélèvement automatique ou par virement sur le compte bancaire de CCMO Mutuelle ou encore par téléversement via la DSN.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date figurant dans les Conditions particulières.

Le contrat collectif qui lie le souscripteur à la Mutuelle a une durée minimum de douze mois comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction pour une période de 12 mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile. Le bénéficiaire peut se référer à la notice d'information qui lui a été communiquée par le souscripteur pour obtenir les informations relatives à la durée de sa couverture santé.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat collectif dans les cas et délais prévus par la réglementation et les conditions générales, soit à l'échéance annuelle, au 31 décembre de chaque année en nous adressant une lettre recommandée ou recommandé électronique au moins deux mois avant cette date et à condition d'avoir effectué au moins un an de sociétariat.