

## HOSPITALISATION

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		Frais réels
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
<b>HONORAIRES</b>		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		125% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100% BR
<b>ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS</b>		
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>		Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE y compris maternité <sup>(3)</sup>	(Plafond/jour)	20€
CHAMBRE AMBULATOIRE	(Plafond/jour)	20€
<b>ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS</b>		
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	100% BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE		
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
TRANSPORT accepté par le R.O.		100% BR

<sup>(1)</sup> 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%.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 10 jours par an, 10 jours par an en psychiatrie et 10 jours par an en maternité.

## SOINS COURANTS

<b>HONORAIRES MÉDICAUX GÉNÉRALISTES / SPÉCIALISTES</b>		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100% BR
<b>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)</b>		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100% BR
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
<b>PARAMÉDICAL</b>		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		100% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>		
ANALYSES ET EXAMENS DE BIOLOGIE		100% BR
<b>MÉDICAMENTS - PHARMACIE</b>		
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
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>		
DISPOSITIFS MÉDICAUX ET APPAREILLAGES <sup>(4)</sup>		100% BR
GROS APPAREILLAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) <sup>(5)</sup>		100% BR

AUTRES PRESTATIONS		
MAJORATIONS ET INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT remboursées par le R.O.		100% BR
MÉDECINES DOUCES (ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acuponcture, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitopuncture)	(Plafond/séance - maxi 3 séances/an)	20€
HONORAIRES PARAMÉDICAUX non remboursés par le R.O. (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie)		
OSTÉODENSITOMÉTRIE non remboursée par le R.O.		
DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER COLORECTAL		
ANALYSES HORS NOMENCLATURE	(Plafond/an)	20€
VACCINS PRESCRITS non remboursés par le R.O.		

<sup>(4)</sup> A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

<sup>(5)</sup> 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 <sup>(6)</sup>	(Plafond limité aux HLF)	Frais réels
SOINS DENTAIRES (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		125% BR
PROTHÈSES DENTAIRES AUTRES QUE 100% SANTÉ remboursées par le R.O.		125% BR
ORTHODONTIE remboursée par le R.O.		125% BR

<sup>(6)</sup> 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.


### OPTIQUE <sup>(7)</sup>

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A <sup>(8)</sup>	(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 <sup>(8)</sup>		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)	40€
1 VERRE SIMPLE		50€
1 VERRE COMPLEXE		70€
1 VERRE TRÈS COMPLEXE		130€
ÉQUIPEMENTS MIXTES classes A et B <sup>(9)</sup>	(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€
LENTILLES non remboursées par le R.O., jetables		
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)	150€

<sup>(7)</sup> 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.

<sup>(8)</sup> 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.

<sup>(9)</sup> 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 <sup>(10)</sup>	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels
AIDE AUDITIVE ADULTE - CLASSE II <sup>(11)</sup>		400€
AIDE AUDITIVE ENFANT et PERSONNE ATTEINTE DE CÉCITÉ - CLASSE II <sup>(11)</sup>		1400€
ENTRETIEN, RÉPARATION, ACCESSOIRES et CONSOMMABLES achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		100% BR
<sup>(10)</sup> Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018.		
<sup>(11)</sup> Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).		
SOINS TRANSMIS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DISPENSÉS À L'ÉTRANGER		
SOINS A L'ÉTRANGER remboursés par le R.O. <sup>(12)</sup>		100% BR
<sup>(12)</sup> 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 <sup>(13)</sup>		
<sup>(13)</sup> 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 <sup>(14)</sup>		oui
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE : des médecins disponibles par téléphone 24h/24, 7j/7 <sup>(14)</sup>		oui
<sup>(14)</sup> 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 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.