

NATURE DES ACTES

| |
|--------------------|
| DOM0038 |
| REGIME RESPONSABLE |
| RO + RC |

HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE

| | |
|---|-----------------------------------|
| FORFAIT HOSPITALIER | Frais réels |
| FORFAIT LEGAL sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale | Frais réels |
| HONORAIRES PRATICIENS HOSPITALIERS | |
| - Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | 150% |
| - Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | 130% |
| FRAIS D'ACCOMPAGNANT : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽²⁾ | (Plafond/jour) |
| TRANSPORT accepté par le R.O. | 100% |
| Établissements conventionnés | |
| FRAIS DE SEJOUR⁽³⁾ | Frais réels |
| Établissements non conventionnés | (Plafond/jour limité à 3500 €/an) |
| FRAIS DE SEJOUR⁽⁴⁾ | 100% + 125€ |

⁽¹⁾ Le DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) est un dispositif par lequel le praticien s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents au DPTM est au moins inférieure de 20% à celle des dépassements d'honoraires des praticiens adhérents au DPTM. Elle est limitée au maximum à 200%.

⁽²⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽³⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 €/jour.

SOINS COURANTS

| | |
|--|--------------|
| CONSULTATIONS / VISITES GENERALISTES ET SPECIALISTES | |
| - Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | 150% |
| - Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | 130% |
| ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) | |
| - Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | 150% |
| - Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | 130% |
| MAJORATIONS ET INDEMNITES DE DEPLACEMENT remboursés par le R.O. | 100% |
| FORFAIT LEGAL sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale | Frais réels |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | 100% |
| EXAMENS DE LABORATOIRE | 100% |
| OSTEODENSITOMETRIE non remboursée par le R.O. | (Plafond/an) |

PHARMACIE

| | |
|---|--------------|
| PHARMACIE remboursée à 65% par le R.O. | 100% |
| PHARMACIE remboursée à 30% par le R.O. | 100% |
| PHARMACIE remboursée à 15% par le R.O. | 100% |
| VACCIN ANTI-GRIPPE non remboursé par le R.O. | (Plafond/an) |

DENTAIRE

| | |
|---|---|
| SOINS DENTAIRES (y compris implantologie remboursée par le R.O.) | 100% |
| PROTHÉSES DENTAIRES remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée) | 125% |
| REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE PROTHÉSES DENTAIRES remboursées* | 245% |
| PROTHÉSES DENTAIRES non remboursées par le R.O. ⁽⁴⁾ | 150% |
| | *Dans la limite d'un plafond annuel CCMO de : |
| | 2 290 € |
| ORTHODONTIE acceptée | 250% |
| ORTHODONTIE refusée | 150% |
| IMPLANTOLOGIE DENTAIRE non remboursée par le R.O. | (Plafond/an) |
| (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle, limitation à 2 implants / an) | 600 € |

⁽⁴⁾ 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⁽⁵⁾

| | | |
|--|--------------|--------------|
| MONTURE SEULE | | 80 € |
| PLAFOND MONTURE + VERRES -18 ANS | | 215 € |
| EQUIPEMENT SIMPLE : monture + 2 verres SIMPLES | | 215 € |
| EQUIPEMENT COMPLEXE : monture + au moins 1 verre COMPLEXE | | 375 € |
| EQUIPEMENT TRES COMPLEXE : monture + au moins 1 verre TRES COMPLEXE | | 375 € |
| LENTELLLES acceptées ou refusées, jetables | (Plafond/an) | 100% + 275 € |
| CHIRURGIE CORRECTRICE (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires | (Plafond/an) | 152 € |

⁽⁵⁾ Le plafond biennal (un remboursement tous les deux ans à compter de la dernière consommation) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

APPAREILLAGE

| | | |
|--|--|--------------|
| PROTHÉSES AUDITIVES acceptées | (Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an) | 100% + 610 € |
| GROS APPAREILLAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁶⁾ | | 100% |
| REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE VÉHICULE POUR HANDICAPÉ PHYSIQUE accepté par le R.O. | (Plafond/an) | 230 € |
| AUTRES DISPOSITIFS MEDICAUX ET APPAREILLAGES ⁽⁷⁾ | | 265% |

⁽⁶⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

⁽⁷⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

| CURE | | (Plafond/an) | 400 € |
|--|--------------------------|---|-------|
| (8) Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum. | | | |
| ALLOCATIONS | | | |
| (9) 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. | | | |
| ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION (enfant < 10 ans) ⁽⁹⁾ | (Allocation forfaitaire) | 230 € | |
| ALLOCATION ENFANT NÉ SANS VIE ⁽¹⁰⁾ | (Allocation forfaitaire) | 290 € | |
| ALLOCATION OBSEQUES | | 305 € | |
| (10) 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 A L'ETRANGER remboursés par le R.O. ⁽¹¹⁾ | | 100% | |
| (11) La Mutuelle prend en charge les soins dispensés à l'étranger, remboursés par la Sécurité sociale, sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire. Les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et les prestations forfaitaires ne sont pas prises en charge par la Mutuelle dès lors que les soins ont été dispensés à l'étranger. | | | |
| PREVENTION | | | |
| Les actes de prévention définis par larrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. | | Oui | |
| DETARTRAGE annuel | | Se référer au poste soins dentaires | |
| SCELLEMENT DES PUTS, SILLONS ET FISSURES | | Se référer au poste soins dentaires | |
| VACCINATIONS PRIORITAIRES ⁽¹²⁾ | | Se référer au poste pharmacie | |
| DEPISTAGE DE L'HEPATITE B | | Se référer au poste examens de laboratoire | |
| DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION (audiométrie) | | Se référer aux postes actes techniques médicaux | |
| BILAN DU LANGAGE ORAL ou d'aptitude à l'acquisition du langage écrit | | Sé référer aux postes actes techniques médicaux | |
| OSTEODENSITOMETRIE remboursée par le R.O. Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹³⁾ | | Se référer aux postes actes techniques médicaux | |
| OSTEODENSITOMETRIE remboursée par le R.O. Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹³⁾ | | Se référer aux postes actes techniques médicaux | |
| (12) Les vaccins obligatoires et les conditions de prises en charge sont précisés aux articles L.3111 et suivants du Code de la santé publique. La Mutuelle applique la prise en charge prévue par le poste pharmacie pour les vaccins remboursés par la Sécurité sociale. Le calendrier des vaccinations est publié après avis de la Haute Autorité de santé. | | | |
| SERVICES | | | |
| ASSISTANCE ⁽¹³⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone.... | | Oui | |
| GARANTIE PASS'SPORTS ⁽¹⁴⁾ : assurance scolaire, capital en cas d'accident, rapatriement.... | | Oui | |
| (13) Cette prestation est assurée par un assisteur partenaire. | | | |
| (14) Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs. | | | |

- DOM0038-



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Les remboursements de CCMO Mutualité interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire.

Les remboursements CCMO Mutualité valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés et dans le cadre du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire sanitaire, la participation forfaitaire de 1 € ainsi que les pénalisations appliquées par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires autorisés, pratiqués dans le cadre du hors parcours de soin, ne sont pas remboursés.

Les remboursements CCMO Mutualité exprimés en % du tarif de convention (ou de la base de remboursement) ou en % des frais réels incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements CCMO Mutualité exprimés en plafond interviennent en plus du remboursement du régime obligatoire, sauf pour la cure thermale qui inclut le remboursement du régime obligatoire. Seules les allocations présentent un caractère indemnitaire et sont versées dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

Les limitations par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMÉES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODÉRATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).