

Régime frais de santé



BESOIN D'UNE  
VRAIE MUTUELLE ?

VOUS PROTÉGER, C'EST NOTRE MÉTIER !

**CCMO**  
**MUTUELLE**



Produit Domino 0038 - DOM0038

Edition 01/2026



Régime Responsable
Remboursements Mutuelle incluant le régime de base

## HOSPITALISATION

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		Frais réels
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
FORFAIT PATIENT URGENCES		Frais réels
HONORAIRES		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		130% BR
ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>		Frais réels
ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>		100% BR + 125€
AUTRES PRESTATIONS		
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(3)</sup>	(Plafond/jour)	35€
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> 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 <sup>(1)</sup>		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		130% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		130% BR
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
OSTÉODENSITOMÉTRIE non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	40€
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
AUTRES HONORAIRES DE PHARMACIENS remboursés par le R.O.		100% BR
VACCIN ANTI-GRIPPE non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12€
MATÉRIEL MÉDICAL		
DISPOSITIFS MÉDICAUX ET APPAREILLAGES <sup>(4)</sup>		265% BR
GROS APPAREILAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) <sup>(5)</sup>		100% BR
REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE VÉHICULE POUR HANDICAPÉ PHYSIQUE accepté par le R.O.	(Plafond/an)	230€
AUTRES PRESTATIONS		
MAJORATIONS ET INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT remboursées par le R.O.		100% BR

<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, orthoprotthèses, 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.)			100% BR
PROTHÈSES DENTAIRES AUTRES QUE 100% SANTÉ remboursées par le R.O. *		(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	370% BR
PROTHÈSES DENTAIRES non remboursées par le R.O. * <sup>(7)</sup>			150% BR
*PLAFOND ANNUEL applicable sur la différence entre le remboursement de la mutuelle et le minimum contrat responsable. Si le plafond est atteint, l'adhérent reste remboursé à hauteur du minimum contrat responsable (100% BR pour les individuels ; 125% BR pour les collectifs)			2290€
ORTHODONTIE remboursée par le R.O.			250% BR
ORTHODONTIE non remboursée par le R.O.			150% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE non remboursée par le R.O. (l'implantologie se définit comme une racine artificielle directement vissée dans l'os de la mâchoire. Le poste implantologie couvre donc la fourniture et la pose de la vis et du pilier implantaire)		(Plafond/an, limité à 2 implants/an)	600€

<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.

<sup>(7)</sup> 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<sup>(8)</sup>

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A <sup>(9)</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>(9)</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)	100€
1 VERRE SIMPLE			60€
1 VERRE COMPLEXE			140€
1 VERRE TRES COMPLEXE			140€
ÉQUIPEMENTS MIXTES classes A et B <sup>(10)</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 + 275€
LENTILLES non remboursées par le R.O., jetables			
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires		(Plafond/an)	152€

<sup>(8)</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>(9)</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>(10)</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>(11)</sup>		(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels
AIDE AUDITIVE ADULTE - CLASSE II <sup>(12)</sup>			900€
AIDE AUDITIVE ENFANT et PERSONNE ATTEINTE DE CÉCITÉ - CLASSE II <sup>(12)</sup>			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

<sup>(11)</sup> Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018.

<sup>(12)</sup> Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

## CURE

CURE THERMALE remboursée par le R.O. <sup>(13)</sup>		(Plafond/an)	400€
<sup>(13)</sup> 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) <sup>(14)</sup>		(Allocation forfaitaire)	230€
ALLOCATION ENFANT NÉ SANS VIE <sup>(15)</sup>		(Allocation forfaitaire)	290€
OBSÈQUES			305€

<sup>(14)</sup> Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 3 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.

<sup>(15)</sup> 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 3 mois de survenance de l'événement.

## SOINS TRANSMIS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

SOINS A L'ÉTRANGER remboursés par le R.O. <sup>(16)</sup>			100% BR
<sup>(16)</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>(17)</sup>

<sup>(17)</sup> Ces actes de prévention sont au moins remboursés au ticket modérateur conformément aux dispositions du contrat responsable.
---

## PRESTATIONS EN INCLUSION

ASSISTANCE : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone (18)		oui
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE : des médecins disponibles par téléphone 24h/24, 7j/7 (18)		oui
DEUXIEME AVIS MEDICAL : en cas de maladie grave, rare ou invalidante, obtenez l'avis d'un médecin référent en moins de 7 jours (18)		oui
(18) 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 fixée par l'article R.160-19 du Code de la Sécurité sociale 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, DES FRANCHISES MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) ET LE COEFFICIENT DE MINORATION APPLIQUE EN CAS DE REFUS DE TRANSPORT SANITAIRE PARTAGE (DEFINIS A L'ARTICLE L.322-5 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.

Produit Domino 0038 avec module -  
DOM0038.1


Régime Responsable

Edition 01/2026

Remboursements Mutuelle  
incluant le régime de base

## HOSPITALISATION

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		Frais réels
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
FORFAIT PATIENT URGENCES		Frais réels
HONORAIRES		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		130% BR
ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>		Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE y compris maternité <sup>(3)</sup>	(Plafond/jour)	92€
ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>		100% BR + 125€
CHAMBRE PARTICULIÈRE		
AUTRES PRESTATIONS		
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(4)</sup>	(Plafond/jour)	35€
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 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.

<sup>(4)</sup> 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 <sup>(1)</sup>		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		130% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		130% BR
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
OSTÉODENSITOMÉTRIE non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	40€
PARAMÉDICAL		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		100% BR
MÉDECINES DOUCES (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, homéopathie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	30€
HONORAIRES PARAMÉDICAUX non remboursés par le R.O. (psychothérapie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	20€
ANALYSES ET EXAMENS		
ANALYSES ET EXAMENS DE BIOLOGIE		100% BR
ANALYSES HORS NOMENCLATURE	(Plafond/an)	300€
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
AUTRES HONORAIRES DE PHARMACIENS remboursés par le R.O.		100% BR
SUBSTITUTS NICOTINIQUES non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	60€
VACCIN ANTI-GRIPPE non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12€
MATÉRIEL MÉDICAL		
DISPOSITIFS MÉDICAUX ET APPAREILLAGES <sup>(5)</sup>		265% BR
GROS APPAREILLAGES (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) <sup>(6)</sup>		100% BR
REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE VÉHICULE POUR HANDICAPÉ PHYSIQUE accepté par le R.O.	(Plafond/an)	230€
APPAREILLAGES POST OPÉRATOIRE non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	50€
AUTRES PRESTATIONS		
MAJORATIONS ET INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT remboursées par le R.O.		100% BR

<sup>(5)</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>(6)</sup> 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 <sup>(7)</sup>		(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. *		(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	370% BR
PROTHÈSES DENTAIRES non remboursées par le R.O. *(8)			150% BR
*PLAFOND ANNUEL applicable sur la différence entre le remboursement de la mutuelle et le minimum contrat responsable. Si le plafond est atteint, l'adhérent reste remboursé à hauteur du minimum contrat responsable (100% BR pour les individuels ; 125% BR pour les collectifs)			2290€
ORTHODONTIE remboursée par le R.O.			250% BR
ORTHODONTIE non remboursée par le R.O.			150% BR
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE non remboursée par le R.O. (l'implantologie se définit comme une racine artificielle directement vissée dans l'os de la mâchoire. Le poste implantologie couvre donc la fourniture et la pose de la vis et du pilier implantaire)		(Plafond/an - limité à 2 implants/an)	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<sup>(9)</sup>

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A <sup>(10)</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>(10)</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)	100€
1 VERRE SIMPLE			60€
1 VERRE COMPLEXE			140€
1 VERRE TRES COMPLEXE			140€
ÉQUIPEMENTS MIXTES classes A et B <sup>(11)</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 + 275€
LENTILLES non remboursées par le R.O., jetables			
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires		(Plafond/an)	152€

**(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 <sup>(12)</sup>		(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels
AIDE AUDITIVE ADULTE - CLASSE II <sup>(13)</sup>			900€
AIDE AUDITIVE ENFANT et PERSONNE ATTEINTE DE CÉCITÉ - CLASSE II <sup>(13)</sup>			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

**(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. <sup>(14)</sup>		(Plafond/an)	400€
<b>(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.</b>			

## ALLOCATIONS

ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION (enfant < 10 ans) <sup>(15)</sup>		(Allocation forfaitaire)	230€
ALLOCATION ENFANT NÉ SANS VIE <sup>(16)</sup>		(Allocation forfaitaire)	290€
OBSÈQUES			305€

**(15) Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 3 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 3 mois de survenance de l'événement.**

## SOINS TRANSMIS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

SOINS A L'ÉTRANGER remboursés par le R.O. <sup>(17)</sup>			100% BR
<b>(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.</b>			

## PRÉVENTION<sup>(18)</sup>

<b>(18) Ces actes de prévention sont au moins remboursés au ticket modérateur conformément aux dispositions du contrat responsable.</b>
---

## PRESTATIONS EN INCLUSION

ASSISTANCE : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone <sup>(19)</sup>		oui
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE : des médecins disponibles par téléphone 24h/24, 7j/7 <sup>(19)</sup>		oui
DEUXIEME AVIS MEDICAL : en cas de maladie grave, rare ou invalidante, obtenez l'avis d'un médecin référent en moins de 7 jours <sup>(19)</sup>		oui
<sup>(19)</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 fixée par l'article R.160-19 du Code de la Sécurité sociale 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, DES FRANCHISES MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE) ET LE COEFFICIENT DE MINORATION APPLIQUE EN CAS DE REFUS DE TRANSPORT SANITAIRE PARTAGE (DEFINIS A L'ARTICLE L.322-5 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.

## COTISATIONS MENSUELLES 2026

Tarifs valables jusqu'au 31 décembre 2026 par bénéficiaire

Age au 1er janvier de l'année en cours	NIVEAU 1	
	DOM0038	
	ISOLE	FAMILLE
56 ans et moins	82,18 €	165,18 €
57 ans	84,33 €	168,57 €
58 ans	86,03 €	172,07 €
59 ans	87,95 €	175,69 €
60 ans	89,62 €	179,13 €
61 ans	91,43 €	182,94 €
62 ans	93,32 €	186,65 €
63 ans	95,23 €	190,34 €
64 ans	97,21 €	194,32 €
65 ans	99,12 €	198,23 €
66 ans	101,09 €	202,32 €
67 ans	103,18 €	206,39 €
68 ans	105,29 €	210,73 €
69 ans	106,38 €	212,71 €
70 ans	107,46 €	214,81 €
71 ans	108,57 €	216,99 €
72 ans et plus	109,57 €	219,29 €

MODULE FACULTATIF*		
DOM0038.1		
ISOLE	FAMILLE	
	28,28 €	42,50 €

\*En cas d'adhésion simultanée au module et à la garantie de base, le délai de stage du module facultatif sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation. Toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage tels que définis dans les Conditions Générales applicables aux contrats collectifs complémentaire santé.

# Téléconsultation médicale

Pour lutter contre les déserts médicaux et face à la demande croissante des patients pour un meilleur accès à la santé, CCMO Mutuelle propose un service de téléconsultation médicale à ses adhérents ayant souscrit un contrat santé, en partenariat avec Medaviz.

Les médecins Medaviz sont à leur écoute pour répondre à toutes leurs interrogations médicales :

- Ils donnent un diagnostic immédiat
- Ils orientent et délivrent une ordonnance si nécessaire

Avec Medaviz, nos adhérents bénéficient d'une consultation médicale à distance quel que soit le moment : vacances, week-end, soirée.



## Comment accéder au service ?

### 3 modes au choix !

#### EN COMPOSANT LE

**09 74 59 45 40**

Appel non surtaxé



#### EN UTILISANT L'APPLICATION

**Medaviz\***

#### EN VOUS RENDANT SUR

**my.medaviz.io**

Connectez-vous à votre compte avec votre identifiant puis sélectionnez votre spécialité désirée, cela génère ensuite un appel vers le praticien. Ensuite, il suffit de vous laisser guider.

Le 1<sup>er</sup> appel ne nécessite pas d'activation de compte (= appel libre).

- Si ce 1<sup>er</sup> appel a été passé depuis un mobile : l'adhérent reçoit ensuite un SMS lui demandant d'activer son compte.
- Si ce 1<sup>er</sup> appel a été passé depuis un fixe : le code d'activation sera demandé lors du 2<sup>e</sup> appel.

Le code d'activation est composé du numéro d'adhérent suivi de l'année de naissance de l'adhérent principal (4 chiffres).

Exemple : Votre numéro d'adhérent est le 123456789. Vous êtes né(e) en 1965.

Votre code d'activation est le 1234567891965.

L'activation de compte peut également se faire en amont de l'utilisation du service, via l'espace sécurisé CCMO sur [www.ccmo.fr](http://www.ccmo.fr) ou sur [medaviz.com/ccmo](http://medaviz.com/ccmo).

\*Téléchargeable depuis IOS et Android

Pour activer votre compte flashez le QR code ci-contre et laissez-vous guider



## Quels sont les avantages du service de téléconsultation médicale ?

- ✓ Les médecins sont joignables par téléphone, via l'application\* et depuis l'espace personnel sur le web, **24h/24 et 7j/7, en France comme à l'étranger**
- ✓ Tous les professionnels de santé sont diplômés en France et inscrits à l'Ordre de leur spécialité.
- ✓ Ils sont mis en relation avec des médecins généralistes, spécialistes et des professionnels du paramédical. Une vingtaine de spécialités sont proposées. Les 12 principales ci-dessous :

Généraliste	Dermatologue
Pédiatre	ORL
Biologiste	Gynécologue sage-femme
Pharmacien	Psychologue & psychiatre
Nutritionniste et diététicien	Dentiste
Homéopathe	Médecin du sport

# Assistance

Les événements impactant votre santé et celle de vos proches peuvent engendrer diverses préoccupations :

- **Émotionnelles** : anxiété, déprime, isolement
- **Physiques** : problèmes médicaux, affaiblissement, difficultés pour les gestes du quotidien
- **Logistiques** : difficultés financières, démarches administratives ou judiciaires

En cas de problème de santé, de perte d'autonomie ou de décès, CCMO Mutuelle met à votre disposition un service d'assistance pour vous soutenir et vous relayer auprès de vos proches, ainsi que pour vous accompagner dans vos tâches quotidiennes, notamment via la mise en place de prestations à domicile.



## Vos garanties d'assistance



### Pour vos enfants et petits-enfants

- Garde, transfert ou venue d'un proche à domicile
- Conduite à l'école ou chez la nounrice
- Aide aux devoirs scolaires



### Pour vos ascendants

- Garde, transfert ou venue d'un proche à domicile



### Pour vos animaux de compagnie

- Promenade
- Garde ou transfert chez un proche ou en pension animalière



### À votre domicile

- Aide-ménagère
- Collecte et livraison de linge repassé
- Livraison de courses
- Jardinage et petits travaux de bricolage
- Préparation au retour à domicile après une absence
- Gardienage du domicile



### À tout moment, bénéficiez aussi de :

- Informations santé
- Informations juridiques
- Informations sociales

Le détail complet ainsi que les modalités des garanties sont disponibles dans votre notice d'informations, accessible sur votre espace adhérent sécurisé via [www.ccmo.fr](http://www.ccmo.fr).

POUR TOUTES QUESTIONS RELATIVES À VOS GARANTIES,  
contactez le

**03 44 06 90 00**

POUR UNE PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE,  
appelez le

**03 44 06 90 90**

# Deuxième avis

## Deux avis valent mieux qu'un !

Prendre une décision médicale importante n'est jamais facile. Entre les délais d'attente, la distance ou le manque de disponibilité, consulter un autre spécialiste peut s'avérer compliqué. CCMO Mutuelle met à votre disposition le service [deuxiemeavis.fr](#). Vous bénéficiez d'un accompagnement d'expert, où que vous soyez, pour éclairer votre choix de façon sereine.

En moins de 7 jours, un médecin spécialiste de votre pathologie vous remet un avis détaillé sur l'intervention ou le traitement envisagé.

### Deuxiemeavis.fr, c'est :

- ✓ Plus de 400 médecins experts sélectionnés
- ✓ Plus de 800 pathologies couvertes, dont :
  - Endométriose
  - Cancers
  - Douleurs rhumatologiques (arthrose, fractures, lombalgies...)
  - Maladies cardio-vasculaires
  - Acouphènes
  - Et bien d'autres...



### Les avantages du service :

- ✓ Rapide : un avis expert en moins de 7 jours
- ✓ Rassurant : pour confirmer ou envisager des solutions alternatives et plus adaptées à votre pathologie
- ✓ Accessible : plateforme disponible 24h/24 et 7j/7, partout en France
- ✓ 100 % pris en charge : aucun frais ne vous seront demandés
- ✓ Sécurisé : vos données médicales sont protégées

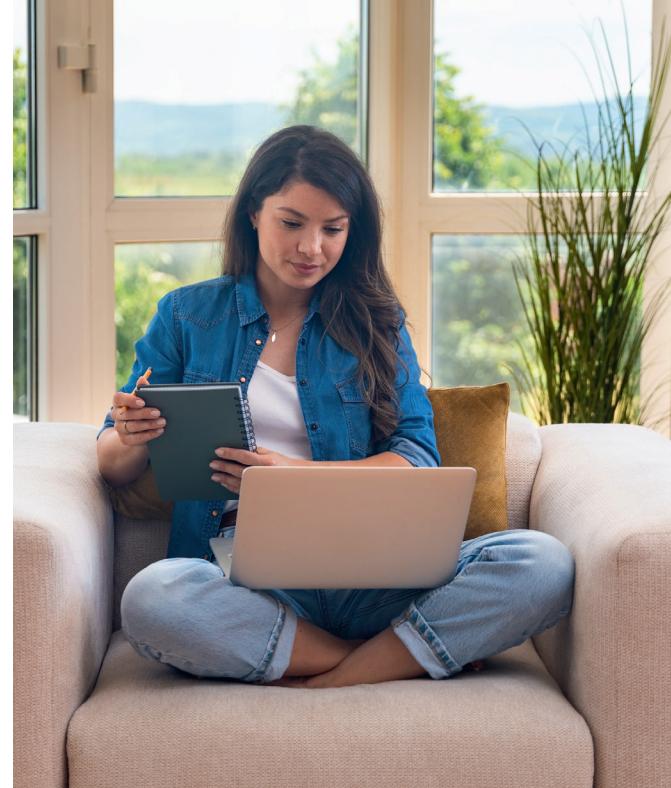
## Besoin d'aide ?

Le service patient de [deuxiemeavis.fr](#) est à votre disposition :

**01 81 80 00 48**

du lundi au vendredi de 9h à 18h

**contact@deuxiemeavis.fr**



### Comment ça fonctionne ?

- 1 Rassemblez votre dossier médical
- 2 Connectez-vous à votre espace adhérent CCMO Mutuelle, rubrique « Services », puis accédez à [deuxiemeavis.fr](#)
- 3 Créez votre compte en quelques minutes
- 4 Choisissez votre pathologie, sélectionnez un médecin expert ou laissez la plateforme vous orienter
- 5 Complétez un questionnaire médical et posez vos questions
- 6 Recevez l'avis de l'expert sous forme de **compte-rendu détaillé**, directement dans votre espace sécurisé, sous 7 jours maximum

NOUVEAUTÉ

### Bénéficiez d'un avis médical complémentaire pour vos pathologies dentaires

Depuis le 1/01/2026 obtenez l'avis complémentaire d'un dentiste expert. Il est également difficile de prendre une décision lorsqu'il s'agit de sa santé bucco-dentaire. Que ce soit pour de l'orthodontie, parodontologie, extraction des dents de sagesse, chirurgie orthognathique ou bruxisme, faites appel à deuxième avis.

# UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

## Consultez votre espace adhérent

Effectuez facilement et rapidement toutes vos démarches en ligne ainsi que le suivi de vos remboursements.

Un espace sécurisé pour accéder à votre compte



- Consulter vos décomptes en ligne et ou recevoir vos décomptes par mail
- Demander une prise en charge hospitalière
- Modifier vos coordonnées
- Modifier votre dossier
- Transmettre un devis ou une facture
- Accéder aux services assistance ou téléconsultation médicale

ou sur l'application mobile CCMO

Le + CCMO : retrouvez votre carte de tiers payant dématérialisée directement dans l'appli



## Contactez-nous



Nos téléconseillers basés à Beauvais sont disponibles 6j/7 au 03 44 06 90 00



Nos conseillers vous accueillent également en agence. Coordonnées et horaires sur [www.ccmo.fr](http://www.ccmo.fr)