



Garanties santé  
**O'rizons**

Contrat collectif à adhésion facultative

# BESOIN D'UNE **VRAIE MUTUELLE ?**

**VOUS PROTÉGER, C'EST NOTRE MÉTIER !**



CONFORME  
**100%**  
SANTÉ

**CCMO** SANTÉ PRÉVOYANCE  
**MUTUELLE**

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.





## LES GARANTIES SANTÉ O'RIZONS

CONFORME  
**100%  
SANTÉ**

L'Association O'rizons a conclu un contrat collectif à adhésion facultative frais de santé avec CCMO Mutuelle.

Tout adhérent à l'Association, quel que soit son âge, peut décider d'adhérer à la CCMO aux conditions négociées.

## LES AVANTAGES DE VOTRE CONTRAT

### Des conditions d'adhésion privilégiées



Un tarif spécifique pour les adhérents à l'association O'rizons



Pas de questionnaire médical



Pas de délai de stage (sur présentation d'un certificat de radiation de votre ancienne mutuelle de moins de 2 mois)

### Une qualité de gestion connue et reconnue



Un service gestion basé au siège de la CCMO à Beauvais



Pas d'avance de frais avec le tiers payant



Des remboursements en 48h par télétransmission

### Des services inclus\* pour vous accompagner 24h/24 7j/7



Assistance au 03 44 06 90 90 en cas d'hospitalisation ou de déplacement à l'étranger



Téléconsultation médicale Des médecins disponibles par téléphone 24h/24, 7j/7



Garantie Pass'Sports Protection en cas d'accidents dans le cadre d'une activité sportive ou de la vie courante

\* Voir le détail des conditions au sein de la notice d'information correspondante.

## EXTRAIT DE GARANTIES

Se référer aux tableaux de garanties pour connaître le détail de toutes les prestations. Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le régime obligatoire (R.O.).

Régime non Responsable	Régime Responsable		
REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE			
NIVEAU 1 (ORIZ01)	NIVEAU 2 (ORIZ02)	NIVEAU 3 (ORIZ03)	NIVEAU 4 (ORIZ04)

### • Hospitalisation

HONORAIRES		NIVEAU 1 (ORIZ01)	NIVEAU 2 (ORIZ02)	NIVEAU 3 (ORIZ03)	NIVEAU 4 (ORIZ04)
Praticiens adhérents au DPTM [1]		100% BR	120% BR	200% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	180% BR	200% BR
<b>ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHÉSIE</b>					
Praticiens adhérents au DPTM [1]		100% BR	120% BR	200% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	180% BR	200% BR
<b>PRISE EN CHARGE DE LA DERNIÈRE CONSULTATION PRÉ-OPÉATOIRE AVEC LE CHIRURGIEN ET L'ANESTHÉSISTE ET DE LA PREMIÈRE CONSULTATION POST OPÉATOIRE AVEC LE CHIRURGIEN</b>					
Praticiens adhérents au DPTM [1]		100% BR	120% BR	200% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		100% BR	100% BR	180% BR	200% BR
<b>ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES</b>					
Frais de séjour [2]				Frais réels	
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour)	-	-	60 €	90 €
<b>ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES</b>					
Frais de séjour [2]		-	100% BR + 60 €	100% BR + 90 €	100% BR + 120 €
Chambre particulière	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	-	-	-	-
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
Forfait journalier hospitalier				Frais réels	
Forfait Patients Urgences				Frais réels	
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour)	-	-	35 €	45 €
Transport remboursé par le R.O.		100% BR*	100% BR	100% BR	100% BR

[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] 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 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.

[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans

\* Pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation

# EXTRAIT DE GARANTIES (SUITE)

Se référer aux tableaux de garanties pour connaître le détail de toutes les prestations. Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le régime obligatoire (R.O.).

Régime non Responsable	Régime Responsable			
REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE				
NIVEAU 1 (ORIZ01)	NIVEAU 2 (ORIZ02)	NIVEAU 3 (ORIZ03)	NIVEAU 4 (ORIZ04)	

## Soins courants

HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES / SPECIALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	-	120% BR	200% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	-	100% BR	180% BR	200% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	-	120% BR	200% BR	270% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	-	100% BR	180% BR	200% BR
Forfait sur les actes dits "lourds"			Frais réels	
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	40 €	40 €	40 €
Fécondation in vitro non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	100 €	200 €
PARAMEDICAL				
Honoraires paramédicaux	-	100% BR	200% BR	250% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiothérapie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	35 €	40 €
Psychothérapie	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	-	30 €	40 €
ANALYSES ET EXAMENS				
Analyses et examens de biologie	-	100% BR	100% BR	150% BR
Analyses hors nomenclature	(Plafond/an)	-	100 €	200 €
Amniocentèse non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	120 €	150 €
MEDICAMENTS - PHARMACIE				
Médicaments remboursés par le R.O.	-	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	50 €	70 €	70 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12 €	12 €	12 €
Vaccins prescrits non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	30 €	40 €
Pilules contraceptives et traitement de la ménopause non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	30 €	40 €
Automédication : médicaments, inscrits au Vidal, remboursables par le R.O. lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume...)	(Plafond/an)	-	30 €	40 €
MATÉRIEL MÉDICAL				
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	-	100% BR	250% BR	300% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique remboursé par le R.O.) [6]	-	100% BR	100% BR	100% BR
Appareillage post opératoire non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	-	60 €	80 €

[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] Poda arthèses, 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]		Frais réels			
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation)	-	100% BR	200% BR	270% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation pour les offres à tarifs maîtrisés)	-	125% BR Maxi 500 € par an	300% BR Maxi 1000 € par an	400% BR Maxi 1500 € par an
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. [8]		-	-	150% BR	200% BR
Orthodontie remboursée par le R.O.		-	125% BR	300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	-	300 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	-	-	200 €	400 €

[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]

Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [10]		Frais réels			
Monture + 2 verres					
Suppléments et prestations optiques CLASSE A [10]					
Equipements à tarif libre - CLASSE B					
Monture					
1 verre simple		-	50 €	100 €	100 €
1 verre complexe ou très complexe		-	100% BR	100% BR	40 €
Equipements mixtes CLASSES A et B [11]		-	75 €	75 €	110 €
Lentilles remboursées par le R.O.					
Lentilles non remboursées par le R.O. , jetables	(Plafond/an)	-	100% BR	100% BR + 100 €	100% BR + 175 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	(Plafond/an)	-	-	100 €	175 €
	(Plafond/an)	-	-	200 €	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

Aides auditives 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE 1 [12]		Frais réels			
Aide auditive à tarif libre [13]	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)				
Adulte		-	400 €	500 €	650 €
Enfant et personne atteinte de cécité		-	1 400 €	1 600 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires)					
Remboursés par le R.O.		-	100% BR	250% BR	300% BR
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	30 €	150 €	230 €

[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)	-	-	150 €	300 €
---	--------------	---	---	-------	-------

[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 Ticket Modérateur et viennent en complément du Régime obligatoire.

## Allocations

Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]	(Allocation forfaitaire)	-	100 €	150 €	200 €
Obsèques (âge limité à 75 ans)		-	200 €	300 €	450 €

[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.

## 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	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7 [17]		oui	oui	oui	oui

[17] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Remboursement R.O.	Remboursements maximums théoriques CCMO Mutuelle (dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins)			
		NIVEAU 1 (ORIZ01)	NIVEAU 2 (ORIZ02)	NIVEAU 3 (ORIZ03)	NIVEAU 4 (ORIZ04)
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultation d'un spécialiste adhérent au DPTM*	20 €	-	13,60 €	32 €	48,10 €
Consultation d'un spécialiste non adhérent au DPTM*	15,10 €	-	6,90 €	25,30 €	29,90 €
<b>DENTAIRE</b>					
 <b>PROTHÈSE 100% SANTÉ</b> Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 <sup>ère</sup> prémolaire	84 €	Frais réels			
<b>PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE</b> Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	84 €	-	66 €	276 €	396 €
<b>OPTIQUE</b>					
 <b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ</b> une paire de lunettes adulte à verres <b>simples</b> (unifocaux classe A sphère de -4,00 à -6,00)	22,50 €	Frais réels			
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE</b> une paire de lunettes adulte à verres <b>simples</b>	0,09 €	-	50 €	100 €	180 €
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE</b> une paire de lunettes adulte à verres <b>complexes</b>	0,09 €	-	200 €	250 €	320 €

\*Pour savoir si votre médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM), rendez-vous sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

## UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

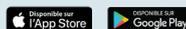
### Consultez votre espace sécurisé



Rendez-vous sur  
[www.ccmo.fr](http://www.ccmo.fr)



Téléchargez  
l'appli santé CCMO



### Contactez-nous



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



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

Les remboursements 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) diminuée 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 (DÉFINIES À L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) AINSI QUE DES PÉNALITÉS EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DÉFINIES À L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMÉES EN EUROS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, À L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES.

R.O. = Régime Obligatoire