

Prestations (extrait des garanties)

Part Régime Obligatoire (R.O.) et part mutuelle cumulées

	O'rizons santé 1	O'rizons santé 2	O'rizons santé 3	O'rizons santé 4
Hospitalisation				
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels	100%	100%	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers				
- Signataires du Contrat d'Accès Aux Soins (CAS) ⁽¹⁾	100%	120%	200%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	180%	225%
Actes de chirurgie et d'anesthésie				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	120%	200%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	180%	225%
Forfait légal	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prise en charge de la dernière consultation pré-opératoire avec le chirurgien et l'anesthésiste et de la première consultation post opératoire avec le chirurgien				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	120%	200%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	100%	100%	180%	225%
Chambre particulière établissement conventionné ⁽²⁾	(plafond/jour)	-	60 €	90 €
Frais d'hospitalisation établissement non conventionné ⁽²⁾⁽³⁾	(plafond/jour)	-	60 €	90 €
Appareillage post opératoire non pris en charge	(plafond/an)	-	60 €	80 €
Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans	(plafond/jour)	-	35 €	45 €
Transport accepté par le R.O.	100%*	100%	100%	100%
Maternité				
Chambre particulière établissement conventionné ⁽²⁾	(plafond/jour)	-	60 €	90 €
Naissance et adoption (enfant < 10 ans)	(plafond/an)	100 €	150 €	200 €
Amniocentèse non prise en charge	(plafond/an)	-	120 €	150 €
Fécondation in vitro non prise en charge	(plafond/an)	-	100 €	200 €
Soins courants				
Consultations, visites de généralistes et spécialistes				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	-	120%	200%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	-	100%	180%	225%
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)				
- Signataires du CAS ⁽¹⁾	-	120%	200%	270%
- Non signataires du CAS ⁽¹⁾	-	100%	180%	225%
Auxiliaires médicaux	-	100%	200%	250%
Examens de laboratoire	-	100%	100%	150%
Vaccins non pris en charge	(plafond/an)	-	30 €	40 €
Analyses hors nomenclature	(plafond/an)	-	100 €	200 €
Psychothérapie (maxi 4 séances/an)	(plafond/séance)	-	30 €	40 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie (maxi 4 séances/an)	(plafond/séance)	-	35 €	40 €
Pharmacie				
Pharmacie remboursée par le R.O.	-	100%	100%	100%
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause (non pris en charge)	(plafond/an)	-	30 €	40 €
Automédication (médicaments inscrits au Vidal et remboursés par le RO)	(plafond/an)	-	30 €	40 €
Dentaire				
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	-	100%	200%	270%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	-	125%	300%	400%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.	-	-	150%	200%
Plafond prothèses dentaires	(plafond/an ⁽⁴⁾)	500 €	1000 €	1500 €
Orthodontie acceptée	-	125%	300%	400%
Plafond orthodontie acceptée	(plafond/an ⁽⁴⁾)	-	800 €	1000 €
Orthodontie refusée	-	-	-	300 €
Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (prise en charge sur devis adressé à la Mutuelle)	-	-	200 €	400 €
Optique				
Équipement verres simples avec monture	-	50 €	100 €	175 €
Équipement verres complexes avec monture	-	200 €	250 €	325 €
Équipement verres très complexes avec monture	-	200 €	250 €	325 €
Lentilles acceptées ou refusées	(plafond/an ⁽⁴⁾)	-	100%+100 €	100%+175 €
Chirurgie correctrice non prise en charge (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	(plafond/an)	-	200 €	300 €
Appareillage				
Prothèses auditives acceptées	(Plafond/an/prothèse)	100%	100% + 220 €	100% + 370 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le RO)	-	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages	-	100%	250%	300%
Cure				
Cure thermale acceptée par le R.O.	(plafond/an)	-	150 €	300 €

Part Régime Obligatoire (R.O.) et part mutuelle cumulées

Allocation

Obsèques (âge limite 75 ans)

Prévention

Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

	(plafond/an)	O'rizons santé 1	O'rizons santé 2	O'rizons santé 3	O'rizons santé 4
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an)	-	40 €	40 €	40 €
Vaccin anti-grippe non remboursé	(plafond/an)	-	12 €	12 €	12 €
Substituts nicotiniques (remboursés ou non par le R.O.)	(plafond/an)	-	50 €	70 €	70 €

Assistance et aide

Garantie PassSports

Assistance⁽⁵⁾ : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone

	O'rizons santé 1	O'rizons santé 2	O'rizons santé 3	O'rizons santé 4
Obsèques	-	200 €	300 €	450 €
Garantie PassSports	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

* Uniquement en cas d'hospitalisation : pour l'entrée et la sortie de l'hospitalisation

Le plafond biennal (tous les 2 ans) concernant les équipements verres et montures ne s'applique pas pour les mineurs ou en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue.

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

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 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 Mutuelle 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 Mutuelle exprimés en plafond interviennent en plus du 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 EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

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

La mise en œuvre de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et de la TAA (Tarification À l'Activité) fera l'objet, le cas échéant, d'une modification du présent tableau de garanties.

(1) Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le CAS est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 225% (en 2015 et 2016) puis à 200% (à compter de 2017).

(2) 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.

(3) Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge globale plafonnée à 3500 € par an et par personne protégée, incluant les frais de séjour et la chambre particulière.

(4) Une fois le plafond annuel atteint, le ticket modérateur est pris en charge.

(5) Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.



■ Exemples de remboursements (dans la limite des Frais réels)**

	O'rizons santé 1	O'rizons santé 2	O'rizons santé 3	O'rizons santé 4
Forfait hospitalier	Durée illimitée (hors établissement médico-sociaux et EHPAD)			
Couronne dentaire <small>(HBLD038)</small>	-	Jusqu'à 134,38 €	Jusqu'à 322,50 €	Jusqu'à 430 €
Consultation de spécialiste <small>dans le parcours de soins et signataire du CAS (TC = 23 €)</small>	-	Jusqu'à 26,60 €	Jusqu'à 45 €	Jusqu'à 61,10 €

** part R.O. et part mutuelle cumulées, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale au 01/01/15 et selon les dispositions de la Loi n° 2013-1203 du 23/12/13 et de la loi 2014-892 du 08/08/14 et des décrets d'application.