Complémentaire santé
O'rizons

Contrat collectif à adhésion facultative

CONFORME
100%
SANTÉ

Besoin d'une vraie mutuelle ?

Vous protéger, c'est notre métier !

CCMO MUTUELLE

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.

9 ADHÉRENTS SUR 10 NOUS RECOMMANDENT*

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, d'immobilisation au domicile, maternité, décès…

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

* Baromètre de satisfaction 2023 réalisé par le cabinet d'étude Init auprès d'un panel représentatif d'environ 460 adhérents. INIT - 2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL – France Société par Actions Simplifiée au capital de 110 000 € N°SIREN : 401 935 853.

** 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					
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
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHÉSIE					
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
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					
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
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES					
Frais de séjour [2]		Frais réels			
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour)	-	-	60 €	90 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES					
Frais de séjour [2]	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	-	100% BR + 60 €	100% BR + 90 €	100% BR + 120 €
Chambre particulière		-			
AUTRES PRESTATIONS					
Forfait journalier hospitalier		Frais réels			
Forfait Patient Urgences (FPU)		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 maitrisé) 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, étiopathie)	(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 €
MATERIEL MEDICAL					
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] Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

Dentaire

100% SANTÉ Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation)	Frais réels						
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		-	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. (l'implantologie se définit comme une racine artificielle directement vissée dans l'os de la mâchoire. Le poste implantologie couvre donc la pose de l'implant et le pilier implantaire)	(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]

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

100% SANTÉ Aides auditives 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE 1 [12]	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels			
Aide auditive à tarif libre [13]					
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

	Base de remboursement de la Sécurité sociale (R.O.)	Remboursements maximums théoriques R.O. + 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
SOINS COURANTS					
Consultation d'un **spécialiste adhérent au DPTM***	31,50 €	-	36,10 €	54,50 €	70,60 €
Consultation d'un **spécialiste non adhérent au DPTM***	23 €	-	23 €	41,40 €	46 €
DENTAIRE					
100% SANTÉ **PROTHÈSE 100% SANTÉ** Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1ère prémolaire	120 €	Frais réels			
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	120 €	-	150 €	360 €	480 €
OPTIQUE					
100% SANTÉ **ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ** une paire de lunettes adulte à verres **simples** (unifocaux classe A sphère de -4,00 à -6,00)	34,50 €	Frais réels			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres **simples**	0,15 €	-	50 €	100 €	180 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres **complexes**	0,15 €	-	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.

UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

Consultez votre espace sécurisé

Rendez-vous sur **www.ccmo.fr**

Appli santé CCMO
Carte de tiers payant et suivi des remboursements

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**

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

Document non contractuel - Février 2024

MUTUALITÉ FRANÇAISE

CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993 60014 BEAUVAIS
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité n°780 508 073
et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Pl. de Budapest, 75009 Paris.

CCMO MUTUELLE