

Produit : ORIZ01

Edition 01/2024

Régime non 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 (FPU)		Frais réels
HONORAIRES		
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾		100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		100% BR
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE		
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾		100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		100% BR
PRISE EN CHARGE DE LA DERNIÈRE CONSULTATION PRÉ-OPÉRAIRE AVEC LE CHIRURGIEN ET L'ANESTHÉSISTE ET DE LA PREMIÈRE CONSULTATION POST-OPÉRAIRE AVEC LE CHIRURGIEN		
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾		100% BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾		100% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		
FRAIS DE SEJOUR ⁽²⁾		Frais réels
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS		
FRAIS DE SEJOUR ⁽²⁾	(Plafonds limités à 3500€/an)	
	(Plafond/jour)	100% BR
AUTRES PRESTATIONS		
TRANSPORT accepté par le R.O. (pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation)		100% BR
⁽¹⁾ 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%.		
⁽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.		
PRESTATIONS EN INCLUSION		
ASSISTANCE : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone ⁽³⁾		oui
TELECONSULTATION MEDICALE : des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 ⁽³⁾		oui
⁽³⁾ 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 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 MEDICALES (DEFINIES A L'ARTICLE L.160-3 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.