

Produit ORIZON L - ORIZ03



Régime Responsable

Edition 01/2024

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
<b>HONORAIRES</b>		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		200% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		180% BR
<b>ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS</b>		
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>		Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE y compris maternité <sup>(3)</sup>	(Plafond/jour)	60€
<b>ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS</b>		
FRAIS DE SÉJOUR <sup>(2)</sup>	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	100% BR + 90€
CHAMBRE PARTICULIÈRE		
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(4)</sup>	(Plafond/jour)	35€
TRANSPORT accepté par le R.O.		100% BR
<p><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%.</p>		
<p><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.</p>		
<p><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.</p>		
<p><sup>(4)</sup> Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</p>		


**SOINS COURANTS**

<b>HONORAIRES MÉDICAUX GÉNÉRALISTES / SPÉCIALISTES</b>		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		200% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		180% BR
<b>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)</b>		
Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		200% BR
Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		180% BR
FORFAIT SUR LES ACTES DITS "LOURDS"		Frais réels
OSTÉODENSITOMÉTRIE non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	40€
FÉCONDATION IN VITRO non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	100€
<b>PARAMÉDICAL</b>		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		200% BR
MÉDECINES DOUCES (ostéopathie, chiropractie, étioopathie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	35€
HONORAIRES PARAMÉDICAUX non remboursés par le R.O. (psychothérapie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	30€
<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>		
ANALYSES ET EXAMENS DE BIOLOGIE		100% BR
ANALYSES HORS NOMENCLATURE	(Plafond/an)	100€
AMNIOCENTÈSE non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	120€
<b>MÉDICAMENTS - PHARMACIE</b>		
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
SUBSTITUTS NICOTINIQUES non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	70€
VACCIN ANTI-GRIPPE non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12€
VACCINS PRESCRITS non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	30€
PILULES CONTRACEPTIVES ET TRAITEMENT DE LA MENOPAUSE non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	30€
AUTOMÉDICATION Médicaments, inscrits au Vidal, remboursables par le RO lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume...)	(Plafond/an)	30€
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>		
DISPOSITIFS MÉDICAUX ET APPAREILLAGES <sup>(5)</sup>		250% BR
GROS APPAREILLAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) <sup>(6)</sup>		100% BR
APPAREILLAGE POST OPÉRATOIRE non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	60€
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
MAJORATIONS ET INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT remboursées par le R.O.		200% 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 chassis.


**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.)			200% BR
PROTHÈSES DENTAIRES AUTRES QUE 100% SANTÉ remboursées par le R.O. *		(Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés)	300% BR
PROTHÈSES DENTAIRES non remboursées par le R.O. * <sup>(8)</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)			1000€
ORTHODONTIE remboursée par le R.O.		(Dans la limite d'un plafond annuel de 800 €)	300% 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)	200€
PARODONTOLOGIE non remboursée par le R.O.			


<sup>(7)</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>(8)</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>(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
<b>ÉQUIPEMENTS À TARIF LIBRE - CLASSE B</b>			
MONTURE À TARIF LIBRE		(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	100€
1 VERRER SIMPLE			100% BR
1 VERRER COMPLEXE			75€
1 VERRER TRES COMPLEXE			75€
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 + 100€
LENTILLES non remboursées par le R.O., jetables		(Plafond/an)	100€
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (myopie, presbytie) (par œil) hors honoraires		(Plafond/an)	200€
IMPLANTS OCULAIRES (par œil) hors honoraires			
<sup>(9)</sup> <b>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.</b>			
<sup>(10)</sup> <b>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.</b>			
<sup>(11)</sup> <b>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.</b>			

## 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>			500€
AIDE AUDITIVE ENFANT et PERSONNE ATTEINTE DE CÉCITÉ - CLASSE II <sup>(13)</sup>			1600€
ENTRETIEN, RÉPARATION, ACCESSOIRES et CONSOMMABLES achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.			250% 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)	150€
<sup>(12)</sup> <b>Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018.</b>			
<sup>(13)</sup> <b>Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).</b>			

## CURE

CURE THERMALE remboursée par le R.O. <sup>(14)</sup>		(Plafond/an)	150€
<sup>(14)</sup> <b>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)	150€
ALLOCATION ENFANT NÉ SANS VIE <sup>(16)</sup>		(Allocation forfaitaire)	200€
OBSÈQUES (âge limité à 75 ans)			300€
<sup>(15)</sup> <b>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.</b>			
<sup>(16)</sup> <b>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 2 mois de survenance de l'évènement.</b>			

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

SOINS A L'ÉTRANGER remboursés par le R.O. <sup>(17)</sup>			200% BR
<sup>(17)</sup> <i>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.</i>			

PRÉVENTION <sup>(18)</sup>

<sup>(18)</sup> <i>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.</i>			
--	--	--	--

## 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
<sup>(19)</sup> <i>Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.</i>			

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.