

FORMULE SECURITE

Edition 10/2018

REGIME RESPONSABLE

Les remboursements sont exprimés en % du Tarif de Convention (TC) ou de la Base de Remboursement (BR) ou du Régime Obligatoire (RO) dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés

HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE		
FORFAIT HOSPITALIER		Frais réels
FORFAIT LEGAL sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		Frais réels
HONORAIRES PRATICIENS HOSPITALIERS		100%
- Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100%
- Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100%
FRAIS D'ACCOMPAGNANT : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(2)</sup>	(Plafond/jour)	-
TRANSPORT accepté par le R.O.		100%
<b>Etablissements conventionnés</b>		
FRAIS DE SEJOUR <sup>(3)</sup>		100%
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité <sup>(4)</sup>	(Plafond/jour)	-
<b>Etablissements non conventionnés</b>		
FRAIS DE SEJOUR <sup>(3)</sup>	(plafond/jour limité à 3500€/an)	100%
CHAMBRE PARTICULIERE <sup>(4)</sup>		
<p><sup>(1)</sup> 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%.</p> <p><sup>(2)</sup> Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.</p> <p><sup>(3)</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>(4)</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.</p>		
SOINS COURANTS		
CONSULTATIONS / VISITES GENERALISTES ET SPECIALISTES		
- Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100%
- Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100%
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...)		
- Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100%
- Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		100%
MAJORATIONS ET INDEMNITES DE DEPLACEMENT remboursés par le R.O.		100%
FORFAIT LEGAL sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		Frais réels
AUXILIAIRES MEDICAUX		100%
EXAMENS DE LABORATOIRE		100%
PHARMACIE		
PHARMACIE remboursée à 65% par le R.O.	(Plafond/an)	100%
PHARMACIE remboursée à 30% par le R.O.	(Plafond/an)	-
PHARMACIE remboursée à 15% par le R.O.	(Plafond/an)	-
DENTAIRE		
SOINS DENTAIRES (y compris implantologie remboursée) par le R.O.		125%
PROTHESES DENTAIRES remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée) - MINIMUM ANI		125%
REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE AU MINIMUM ANI PROTHESES DENTAIRES remboursées*		-
PROTHESES DENTAIRES non remboursées par le R.O. <sup>(5)</sup>		-
*Remboursement des prothèses dentaires dans la limite d'un PLAFOND ANNUEL de :		-
ORTHODONTIE acceptée		125%
<p><sup>(5)</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).</p>		
OPTIQUE <sup>(6)</sup>		
EQUIPEMENT SIMPLE : monture + 2 verres SIMPLES		160 €
EQUIPEMENT COMPLEXE : monture + au moins 1 verre COMPLEXE	(Plafond biennal / 40 € maxi pour la monture)	300 €
EQUIPEMENT TRES COMPLEXE : monture + au moins 1 verre TRES COMPLEXE		320 €
LENTILLES acceptées ET refusées	(Plafond/an)	100% + 100€
CHIRURGIE CORRECTRICE (myopie et presbytie) hors honoraires	(Plafond/an)	150 €
<p><sup>(6)</sup> Le plafond biennal (un remboursement tous les deux ans à compter de la dernière consommation) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 40 €.</p>		

APPAREILLAGE		
PROTHESES AUDITIVES acceptées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	100%
ACCESSOIRES ET CONSOMMABLES achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires)	(Plafond/an)	20 €
PROTHESES AUDITIVES refusées	(Plafond/prothèse limité à 2 prothèses/an)	-
GROS APPAREILLAGE (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) <sup>(7)</sup>		100%
AUTRES DISPOSITIFS MEDICAUX ET APPAREILLAGES <sup>(8)</sup>		100%
<sup>(7)</sup> Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.		
<sup>(8)</sup> A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.		
CURE		
CURE THERMALE acceptée par le R.O. <sup>(9)</sup>	(Plafond/an)	-
<sup>(9)</sup> Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.		
SOINS TRANSMISE PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER		
SOINS A L'ETRANGER remboursés par le R.O. <sup>(12)</sup>		100%
<sup>(12)</sup> La Mutuelle prend en charge les soins dispensés à l'étranger, remboursés par la Sécurité sociale, sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire. Les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et prestations forfaitaires ne sont pas prises en charge par la Mutuelle dès lors que les soins ont été dispensés à l'étranger.		
PREVENTION		
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.		
DETARTRAGE annuel		Se référer au poste soins dentaires
SCELLEMENT DES PUIITS, SILLONS ET FISSURES		Se référer au poste soins dentaires
VACCINATIONS PRIORITAIRES <sup>(13)</sup>		Se référer au poste pharmacie
DEPISTAGE DE L'HEPATITE B		Se référer au poste examens de laboratoire
DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION (audiométrie)		Se référer aux postes actes techniques médicaux
BILAN DU LANGAGE ORAL ou d'aptitude à l'acquisition du langage écrit		Se référer au poste auxiliaires médicaux
OSTEODENSITOMETRIE remboursée par le R.O.		Se référer au poste actes techniques médicaux
- Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		Se référer au poste actes techniques médicaux
- Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>		Se référer au poste actes techniques médicaux
<sup>(13)</sup> Les vaccins obligatoires et les conditions de prises en charge sont précisés aux articles L.3111 et suivants du Code de la santé publique. La Mutuelle applique la prise en charge prévue par le poste pharmacie pour les vaccins remboursés par la Sécurité sociale. Le calendrier des vaccinations est publié après avis de la Haute Autorité de santé.		
SERVICES		
ASSISTANCE <sup>(14)</sup> : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone		Oui
<sup>(14)</sup> Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.		

Les remboursements de 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 transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).