

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

| | | CCMO UNSA 1 | CCMO UNSA 2 | CCMO UNSA 3 |
|---|--|----------------|-------------|-------------|
| HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE | Forfait hospitalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| | Forfait légal sur les actes visés à l'article r.322-8-1 Du code de la sécurité sociale | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| | Honoraires praticiens hospitaliers - signataires du contrat d'accès aux soins(1) | 120% | 200% | 300% |
| | - Non signataires du cas(1) | 100% | 180% | 225% |
| | Transport accepté par le R.O. | 100% | 100% | 100% |
| | Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans(2) (Plafond/jour) | 35 € | 40 € | 45 € |
| | Etablissements conventionnés | | | |
| | Frais de séjour(3) | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| | Chambre particulière y compris maternité(4) (Plafond/jour) | 40 € | 60 € | 80 € |
| | Etablissements non conventionnés | | | |
| Frais de séjour (Plafond/jour / limité à 3 500 € par an) | 40 € | 60 € | 80 € | |
| Chambre particulière | | | | |
| SOINS COURANTS | Consultations / visites généralistes et spécialistes - signataires du cas(1) | 120% | 200% | 300% |
| | - Non signataires du cas(1) | 100% | 180% | 225% |
| | Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - signataires du cas(1) | 120% | 200% | 300% |
| | - Non signataires du cas(1) | 100% | 180% | 225% |
| | Soins à l'étranger remboursés par le R.O. | 100% | 180% | 225% |
| | Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 Du code de la sécurité sociale | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| | Auxiliaires médicaux | 100% | 200% | 300% |
| | Examens de laboratoire | 100% | 180% | 225% |
| | Amniocentèse non prise en charge (Plafond/an) | 100 € | 100 € | 100 € |
| | Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (Plafond/an) | 40 € | 40 € | 40 € |
| Fécondation in vitro non prise en charge (Plafond/an) | 100 € | 100 € | 100 € | |
| PHARMACIE | Pharmacie remboursée à 65% et 30% par le R.O. | 100% | 100% | 100% |
| | Pharmacie remboursée à 15% par le R.O. | 100% | 100% | 100% |
| | Contraceptifs masculins et féminins (Plafond/an) | 60 € | 60 € | 60 € |
| | Substituts nicotiniques remboursés ou non par le R.O. (Plafond/an) | 50 € | 50 € | 50 € |
| | Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. (Plafond/an) | 12 € | 12 € | 12 € |
| DENTAIRE | Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.) | 100% | 100% | 200% |
| | Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (Y compris couronne implanto-portée) | 100% | 100% | 100% |
| | Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées** | NON | 100% | 200% |
| | Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.*(6) | Non | 200% | 300% |
| | *Dans la limite d'un plafond annuel de | 800 € | 2 000 € | 3 000 € |
| | Orthodontie acceptée | 100% | 100% | 100% |
| | Remboursement complémentaire orthodontie acceptée** | NON | 100% | 200% |
| | **Dans la limite d'un plafond annuel de | 800 € | 2 000 € | 3 000 € |
| | Orthodontie refusée (Plafond/an) | 100 € | 200% | 300% |
| Implantologie dentaire et parodontologie non remboursées par le R.O. (Prise en charge sur devis adressé à la mutuelle) (Plafond/an) | NON | 400 € | 600 € | |
| OPTIQUE | Equipement simple : monture + 2 verres simples (Plafond biennal dont 150 € maxi pour la monture) | 100 € | 300 € | 400 € |
| | Equipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe | 150 € | 450 € | 600 € |
| | Equipement tres complexe : monture + au moins 1 verre tres complexe | 150 € | 450 € | 600 € |
| | Lentilles acceptées ou refusées (Plafond/an) | 100%+50€ | 100%+75€ | 100%+100€ |
| | Chirurgie correctrice (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires (Plafond/an) | Non | 150 € | 200 € |
| APPAREILLAGE | Protheses auditives acceptées (Plafond/prothèse limité à 2 protheses/an) | 100% jusq 230€ | 100%+200€ | 100%+300€ |
| | Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (8)) | 100% | 100% | 100% |
| | Autres dispositifs médicaux et appareillages(9) | 100% | 200% | 300% |
| CURE | Cure thermale acceptée par le R.O.(10) (Plafond/an) | NON | 250 € | 350 € |
| ALLOCATIONS | Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans)(11) (Allocation forfaitaire) | Non | 400 € | 500 € |
| | Enfant né sans vie(12) (Allocation forfaitaire) | Non | 400 € | 500 € |
| | Obsèques (âge limite à 75 ans) | 1 500 € | 2 000 € | 2 500 € |
| PREVENTION | Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. | Oui | Oui | Oui |
| SERVICES | Assistance (13) : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone | Oui | Oui | Oui |

|  | UNSA 01 Cotisation mensuelle | UNSA 02 Cotisation mensuelle | UNSA 03 Cotisation mensuelle |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Isolé/Couple/Famille | | | |
| Isolé | 36,54 | 55,96 | 69,43 |
| Couple | 80,59 | 126,83 | 155,33 |
| Famille | 126,20 | 189,63 | 227,04 |

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 OU EN % PMSS 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).

(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) Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

(3) 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.

(4) 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.

(5) Médicaments à prescription facultative, inscrits au Vidal, remboursés par le R.O. lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume...)

(6) La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 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).

(7) Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) 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 150 €.

(8) Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassiss.

(9) A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

(10) Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

(11) 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.

(12) 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.

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