

ANNEXE AU REGLEMENT MUTUALISTE

TABLEAUX DES PRESTATIONS - COLLEGE DES COLLECTIVITES

Applicable à compter du 1^{er} juillet 2010



Pour tout renseignement :

☎ 03 44 06 90 00

Sommaire

OPERATIONS COLLECTIVES.....	I à 8
Tableau des prestations Catégorie des COLLECTIVITÉS.....	4
Tableau des prestations Catégorie des COLLECTIVITÉS (Garanties Océanile).....	6
Tableau des prestations Catégorie des COLLECTIVITÉS (Module Plus et Sup') et garantie Hospi Plus.....	8
DÉLAIS DE STAGE.....	9

I/ Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents des collectivités. À compter du 01.01.98, les options Active et Bien-être ne sont plus ouvertes à l'adhésion de nouveaux membres.

	Chirurgie	Active*	Bien être*	Equilibre*	Confort*	Performance*
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE						
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Chirurgie seule ⁽¹⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait hospitalier journalier secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour secteur conventionné ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires hospitalisation Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient = ou > à 50 ou d'un tarif de convention = ou > à 91€	100% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	100% Frais réels	120% Frais réels	150% Frais réels
Chambre particulière secteur conventionné (y compris maternité) ⁽³⁾	50 € (sauf maternité) (plafond/jour)	50 €	100 €	65 €	80 €	100 €
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné ⁽²⁾⁽⁴⁾	100 € (plafond/jour)	100 €	135 €	100 €	110 €	135 €
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽⁵⁾	35 € (plafond/jour)	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX						
Consultations visites ⁽⁶⁾	100% ⁽⁷⁾	150%	150%	100%	120%	150%
Actes de spécialistes (dont radiologie) Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient = ou > à 50 ou d'un tarif de convention = ou > à 91€	100% ⁽⁷⁾ Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	100% Frais réels	120% Frais réels	150% Frais réels
Auxiliaires médicaux	Non	100%	100%	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100% ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%	100%
PHARMACIE						
Pharmacie vignette blanche (R.O. 65 %)	Non	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie vignette bleue (R.O. 35%)	Non	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie vignette orange (R.O. 15%)	Non	80%	80%	80%	80%	80%
APPAREILLAGE						
Prothèses auditives acceptées	Non (plafond/an/prothèse)	600 €	600 €	100%	350 €	600 €
Prothèses auditives refusées	Non (plafond/an/prothèse)	Non	Non	Non	175 €	300 €
Gros appareillage ⁽⁸⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁹⁾	Non	265%	265%	120%	200%	265%
Véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. ⁽¹⁰⁾	Non (plafond/an)	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €
DENTAIRE						
Soins dentaires	Non	100%	100%	100%	100%	120%
Prothèses remboursées par le R.O.	Non	145%	370%	145%	250%	370%
Prothèses nomenclaturées non remboursées par le R.O.	Non	75%	150%	75%	100%	150%
Prothèses dentaires	Néant (plafond/an)	1160 €	2290 €	1160 €	1950 €	3100 €
Orthodontie acceptée	Non	250%	250%	250%	250%	250%
Orthodontie refusée	Non	150%	150%	Non	Non	200%
Orthodontie	Néant (plafond/an)	Non	Non	1000 €	1000 €	1000 €
OPTIQUE⁽¹¹⁾						
Monture seule	Non (plafond/an)	Plafond global 100% + 40 €	80 €	40 €	80 €	80 €
1 équipement verres simples	Non (plafond/an)		215 €	120 €	160 €	215 €
1 équipement verres progressifs	Non (plafond/an)		275 €	120 €	190 €	275 €
Lentilles acceptées ou refusées	Non (plafond/an)		275 €	120 €	190 €	215 €
Équipement verres et/ou lentilles pour les moins de 18 ans	Non (plafond/an)		200 €	80 €	160 €	195 €
Plafond reportable ⁽¹²⁾	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
CURE						
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹³⁾	Non (plafond/an)	165 €	400 €	160 €	160 €	400 €
ALLOCATION						
Naissance ⁽¹⁴⁾	Non (plafond/an)	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
Adoption (enfant <10 ans) ⁽¹⁵⁾	Non	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
Obsèques (jusqu'au 70 ^{ème} anniversaire)	Non	320 €	320 €	320 €	610 €	920 €

I/Suite Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents des collectivités. À compter du 01.01.98, les options Active et Bien-être ne sont plus ouvertes à l'adhésion de nouveaux membres.

	Chirurgie	Active*	Bien être*	Equilibre*	Confort*	Performance*
PRÉVENTION						
Ostéodensitométrie remboursée par le R.O.	Non	150%	150%	100%	120%	150%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	Non	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Détartrage annuel	Non	100%	100%	100%	100%	120%
Vaccin anti-grippe (plafond/an)	Non	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O. (plafond/an)	Non	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
ASSISTANCE						
Assistance Santé CCMO Mutuelle ⁽¹³⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MODULES OPTIONNELS pouvant être souscrits individuellement*						
Module Plus	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Module Sup'	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Les remboursements 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 respect du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire et les frais de transport 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 et franchises CCMO Mutuelle exprimées en montant ou % du PMSS interviennent sur le seul remboursement mutuelle. Les limitations par an s'entendent par année civile.

La mise en œuvre de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et de la TAA (Tarification À l'Activité) fera l'objet, le cas échéant, d'une modification du présent tableau de garanties.

La prise en charge des prestations liées à l'hospitalisation psychiatrique, à la cure de désintoxication, à un placement en établissement de santé en long séjour, est limitée à 45 j / an.

⁽¹⁾ Sont également garanties les mises en observation chirurgicale sans intervention (limitées à 10 jours) et les affections traumatiques : immobilisations orthopédiques par plâtre, limitées à 30 jours. Les plâtres effectués pour des événements non chirurgicaux ne sont pas pris en charge au titre de cette option.

⁽²⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. Télévision prise en charge après l'application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽³⁾ La chambre particulière est prise en charge au maximum 60 jours par an, maximum 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité.

⁽⁴⁾ Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge globale plafonné à 3800 € par an et par personne protégée, incluant les frais de séjour, la chambre particulière et le forfait hospitalier journalier.

⁽⁵⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽⁶⁾ En cas de consultations et de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué.

⁽⁷⁾ Avant, pendant et après l'opération chirurgicale : durée UN mois avant et DEUX mois après l'acte opératoire.

⁽⁸⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, prothèses internes et implants.

⁽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⁾ Achat de fauteuil roulant, poussette, tricycle et chassis.

⁽¹¹⁾ Les plafonds ne sont pas cumulables entre eux. Le plafond reportable est une majoration du plafond optique conformément aux modalités d'application.

⁽¹²⁾ La prestation est en vigueur pour les contrats à affiliation obligatoire et par dérogation en cas de stipulation dans les conditions particulières du contrat.

⁽¹³⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum. Ce plafond annuel est versé à concurrence des frais engagés par l'adhérent.

⁽¹⁴⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci doit intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Elle est doublée en cas de naissance multiple.

⁽¹⁵⁾ Versée à l'inscription de l'enfant (celle-ci doit intervenir dans les 2 mois suivant son 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. Elle est doublée en cas d'adoption multiple.

⁽¹⁶⁾ Cette prestation est assurée par Europ Assistance.

*L'adhérent a la possibilité de souscrire en sus des garanties de l'option de base la garantie module Plus et le cas échéant la garantie module Sup' sous réserve du choix du module Plus.

2/Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités (Garanties Océanile)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

	Rivage	Marine	Lagon	Embrun	Ecume	Dune	Alizes	Delta
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE								
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait hospitalier journalier secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour secteur conventionné ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires hospitalisation Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient = ou > à 50 ou d'un tarif de convention = ou > à 91€	100% Frais réels	125% Frais réels	150% Frais réels	175% Frais réels	300% Frais réels	175% Frais réels	300% Frais réels	500% Frais réels
Chambre particulière secteur conventionné (y compris maternité) ⁽²⁾	(plafond/jour) 45 €	(plafond/jour) 60 €	(plafond/jour) 75 €	(plafond/jour) 90 €	(plafond/jour) 90 €	(plafond/jour) 90 €	(plafond/jour) 90 €	(plafond/jour) 125 €
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné ⁽¹⁾⁽³⁾	(plafond/jour) 80 €	(plafond/jour) 90 €	(plafond/jour) 100 €	(plafond/jour) 120 €	(plafond/jour) 120 €	(plafond/jour) 120 €	(plafond/jour) 120 €	(plafond/jour) 150 €
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽⁴⁾	(plafond/jour) 30 €	(plafond/jour) 30 €	(plafond/jour) 30 €	(plafond/jour) 30 €	(plafond/jour) 30 €	(plafond/jour) 30 €	(plafond/jour) 30 €	(plafond/jour) 50 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX								
Consultations visites ⁽⁵⁾	100%	125%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
Actes de spécialistes (dont radiologie) Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient = ou > à 50 ou d'un tarif de convention = ou > à 91€	100% Frais réels	125% Frais réels	150% Frais réels	175% Frais réels	300% Frais réels	175% Frais réels	300% Frais réels	500% Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	300%
PHARMACIE								
Pharmacie vignette blanche (R.O. 65 %)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie vignette bleue (R.O. 35%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie vignette orange (R.O. 15%)	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
APPAREILLAGE								
Prothèses auditives acceptées	(plafond/an/prothèse) 200 €	(plafond/an/prothèse) 300 €	(plafond/an/prothèse) 400 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 600 €
Prothèses auditives refusées	(plafond/an/prothèse) 200 €	(plafond/an/prothèse) 300 €	(plafond/an/prothèse) 400 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 500 €	(plafond/an/prothèse) 600 €
Gros appareillage ⁽⁶⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux et appareillages ⁽⁷⁾	100%	150%	200%	250%	250%	250%	250%	500%
Véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. ⁽⁸⁾	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 600 €
DENTAIRE								
Soins dentaires	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	500%
Prothèses remboursées par le R.O.	150%	250%	350%	300%	450%	300%	450%	500%
Prothèses nomenclaturées non remboursées par le R.O.	Non	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
Prothèses dentaires	(plafond/an) 1525 €	(plafond/an) 2135 €	(plafond/an) 2745 €	(plafond/an) 2440 €	(plafond/an) 3355 €	(plafond/an) 2440 €	(plafond/an) 3355 €	(plafond/an) 5000 €
Orthodontie acceptée	100%	200%	300%	300%	350%	300%	350%	500%
Orthodontie refusée	Non	100%	150%	150%	200%	150%	200%	300%
Implants dentaires (demande préalable obligatoire de prise en charge à la mutuelle)	(plafond/an) Non	(plafond/an) Non	(plafond/an) Non	(plafond/an) Non	(plafond/an) Non	(plafond/an) Non	(plafond/an) Non	(plafond/an) 800 €
OPTIQUE⁽⁹⁾								
Monture, verres, lentilles	(plafond/an) 80 €	(plafond/an) 155 €	(plafond/an) 245 €	(plafond/an) 305 €	(plafond/an) 400 €	(plafond/an) 305 €	(plafond/an) 400 €	(plafond/an) 630 €
Plafond reportable ⁽¹⁰⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CURE								
Cure thermale acceptée par le R.O. ⁽¹¹⁾	(plafond/an) Non	(plafond/an) 230 €	(plafond/an) 315 €	(plafond/an) 400 €	(plafond/an) 400 €	(plafond/an) 400 €	(plafond/an) 400 €	(plafond/an) 500 €
ALLOCATION								
Naissance ⁽¹²⁾	(plafond/an) 75 €	(plafond/an) 150 €	(plafond/an) 225 €	(plafond/an) 300 €	(plafond/an) 300 €	(plafond/an) 300 €	(plafond/an) 300 €	(plafond/an) 400 €
Adoption (enfant <10 ans) ⁽¹³⁾	75 €	150 €	225 €	300 €	300 €	300 €	300 €	400 €
Obsèques (jusqu'au 70 ^{ème} anniversaire)	115 €	225 €	450 €	900 €	900 €	900 €	900 €	1500 €
PRÉVENTION								
Ostéodensitométrie remboursée par le R.O.	100%	125%	150%	175%	300%	175%	300%	500%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(plafond/an) 40 €	(plafond/an) 40 €	(plafond/an) 40 €	(plafond/an) 40 €	(plafond/an) 40 €	(plafond/an) 40 €	(plafond/an) 40 €	(plafond/an) 60 €
Détartrage annuel	100%	100%	100%	125%	150%	125%	150%	500%
Vaccin anti-grippe	(plafond/an) 12 €	(plafond/an) 12 €	(plafond/an) 12 €	(plafond/an) 12 €	(plafond/an) 12 €	(plafond/an) 12 €	(plafond/an) 12 €	(plafond/an) 12 €
Substituts nicotiques remboursés par le R.O.	(plafond/an) 50 €	(plafond/an) 50 €	(plafond/an) 50 €	(plafond/an) 50 €	(plafond/an) 50 €	(plafond/an) 50 €	(plafond/an) 50 €	(plafond/an) 50 €
ASSISTANCE								
Assistance Santé CCMO Mutuelle ⁽¹⁴⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

2/Suite Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités (Garanties Océanile)

Prestations de CCMO Mutuelle. Détail des garanties offertes aux membres adhérents à titre collectif.

	Rivage	Marine	Lagon	Embrun	Ecume	Dune	Alizes	Delta
Garantie + (Non remboursé par le R.O.)								
Amniocentèse non prise en charge (plafond/an)	Non	Non	Non	Non	Non	125 €	125 €	125 €
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. pour les 18/35 ans (plafond/an)	Non	Non	Non	Non	Non	60 €	60 €	60 €
Pilules contraceptives (plafond/an)	Non	Non	Non	Non	Non	60 €	60 €	60 €
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie (maxi 4 séances/an) (plafond/séance)	Non	Non	Non	Non	Non	15 €	15 €	40 €
Chirurgie optique par traitement laser (par œil) (plafond/an)	Non	Non	Non	Non	Non	125 €	125 €	125 €
MODULES OPTIONNELS pouvant être souscrits individuellement*								
Module Plus	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Module Sup ¹	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non

Les remboursements 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 respect du parcours de soin et de la responsabilisation de l'assuré social. Les franchises médicales sur les médicaments, les analyses et examens de laboratoire et les frais de transport 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 et franchises CCMO Mutuelle exprimées en montant ou % du PMSS interviennent sur le seul remboursement mutuelle. Les limitations par an s'entendent par année civile.

La mise en œuvre de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et de la TAA (Tarification À l'Activité) fera l'objet, le cas échéant, d'une modification du présent tableau de garanties.

La prise en charge des prestations liées à l'hospitalisation psychiatrique, à la cure de désintoxication, à un placement en établissement de santé en long séjour, est limitée à 45 j / an.

⁽¹⁾ Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. Télévision prise en charge après l'application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 € par jour.

⁽²⁾ La chambre particulière est prise en charge au maximum 60 jours par an, maximum 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité.

⁽³⁾ Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge globale plafonné à 3500 € par an et par personne protégée, incluant les frais de séjour, la chambre particulière et le forfait hospitalier journalier.

⁽⁴⁾ Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée âgée de plus de 75 ans.

⁽⁵⁾ En cas de consultations et de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué.

⁽⁶⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, prothèses internes et implants.

⁽⁷⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.

⁽⁸⁾ Achat de fauteuil roulant, poussette, tricycle et chassis.

⁽⁹⁾ Les plafonds ne sont pas cumulables entre eux. Le plafond reportable est une majoration du plafond optique conformément aux modalités d'application.

⁽¹⁰⁾ La prestation est en vigueur pour les contrats à affiliation obligatoire et par dérogation en cas de stipulation dans les conditions particulières du contrat.

⁽¹¹⁾ Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum. Ce plafond annuel est versé à concurrence des frais engagés par l'adhérent.

⁽¹²⁾ Versée si inscription de l'enfant (celle-ci doit intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Elle est doublée en cas de naissance multiple.

⁽¹³⁾ Versée à l'inscription de l'enfant (celle-ci doit intervenir dans les 2 mois suivant son 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. Elle est doublée en cas d'adoption multiple.

⁽¹⁴⁾ Cette prestation est assurée par Europ Assistance.

* L'adhérent a la possibilité de souscrire en sus des garanties de l'option de base la garantie module Plus et le cas échéant la garantie module Sup sous réserve du choix du module Plus.

3/ Tableau des prestations - Catégorie des Collectivités

(Modules Plus, Sup' et garantie Hospi Plus)

Module Plus		
Substituts nicotiques non pris en charge par le R.O. (sans limitation d'âge)	(plafond / an / bénéficiaire)	60 €
Appareillage post opératoire (non pris en charge)	(plafond / an / bénéficiaire)	50 €
Psychothérapie (4 séances maxi / an)	(plafond / bénéficiaire)	20 €/séance
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie (maxi 4 séances / an)	(plafond / bénéficiaire)	30 €/séance
Analyses hors nomenclature	(plafond/an)	300 €

Module Sup'		
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause (non pris en charge)	(plafond / mois / bénéficiaire)	10 €
Chirurgie optique par traitement laser (par œil)	(plafond / an / bénéficiaire)	300 €
Vaccin non pris en charge		70 €
Amniocentèse (non prise en charge)	(plafond / an / bénéficiaire)	100 €
Fécondation in vitro (non prise en charge)	(plafond / an / bénéficiaire)	300 €

Le "Module Sup' " ne peut être souscrit qu'en complément du "Module Plus".

Les règles de gestion applicables sont identiques à celles de la garantie principale.

Hospi Plus

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'une durée supérieure à trois jours (sans condition de durée en cas d'hospitalisation suite à accident) la Mutuelle verse une indemnité journalière à compter du premier jour d'hospitalisation dont le montant, fixé au bulletin d'adhésion, est de 10€, 20€, 35€, 50€.

Cette indemnité est versée pendant toute la durée de l'hospitalisation et pendant une durée maximum de 365 jours consécutifs.

Après épuisement du crédit d'indemnisation de 365 jours, de nouveaux droits ne pourront être ouverts qu'après une période ininterrompue de 365 jours sans hospitalisation.

L'âge limite d'adhésion est fixé à 75 ans.

Formalités en cas de sinistre

En cas d'hospitalisation, sauf en cas de force majeure, l'adhérent ou son mandataire devra déclarer l'admission dans l'établissement de soins dans les 60 jours suivant la date d'hospitalisation et l'adresser à la mutuelle accompagnée du bulletin d'hospitalisation et le cas échéant d'un justificatif de l'accident.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives en complément d'informations afférentes à l'hospitalisation.

Garanties exclues

Sont exclues de la garanties les hospitalisations faisant suite à :

1 - des accidents ou maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire de la garantie et de ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire.

2 - des accidents ou maladies auxquels s'applique la législation sur les pensions militaires.

3 - des accidents survenus au cours des activités professionnelles de pilotes et de membres d'équipages, d'avions, d'hélicoptère, au cours de la pratique d'un sport professionnel ou de l'utilisation d'un appareil quelconque (avec ou sans moteur) permettant de se déplacer dans les airs.

4 - des accidents ou maladies dus à la transmutation du noyau de l'atome ou à l'action des radio-isotopes.

5 - des séjours en établissement thermal ou héliomarin, en établissement psychiatrique, en service de rééducation professionnelle ou de réadaptation fonctionnelle, en centre de convalescence, de cure, de repos ou de diététique en aérium, en institut médico-pédagogique, en hospice, dans un service de maternité sauf au delà du 13^{ème} jour; en service néonatal d'enfants nés prématurément, en hospice de vieillards ou service de gérontologie.

6 - des hospitalisations :

- dispensées dans un but spécifiquement esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale
- consécutives aux maladies et accidents causés par l'ivresse, l'alcoolisme ou l'usage des stupéfiants.

Délais de stage *

Opérations individuelles et collectives

Garantie / âge de l'adhérent et de la personne protégée	Code	Jusqu'à 55 ans	De 55 à 70 ans	Plus de 70 ans
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Forfait journalier, chambre particulière et frais de séjour et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radio et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres Garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

* Les délais de stage s'appliquent pour les opérations individuelles et les opérations collectives à l'exception des seuls membres participants dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Délais de stage applicable en cas d'adoption des garanties suivantes :

“Module Plus” et “Module Sup” :

Le délai de stage commence à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion et est fixé à trois mois. En cas d'adhésion simultanée au (ou aux) module(s) et à la garantie de base, le délai de stage sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation d'un précédent organisme de complémentaire santé ou en cas de Régime obligatoire ; toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage de trois mois.

“Hospi plus” :

Seules seront prises en charge les hospitalisations pour maladie intervenant au moins trois mois après la date d'effet de l'adhésion. Toute hospitalisation pour accident sera indemnisée dès la date d'effet de l'adhésion.



CCMO Mutuelle
6, avenue du beauvaisis
PAE du Haut-Villé
BP 50993
60014 Beauvais Cedex
Tel : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01
Courriel : accueil@ccmo.fr
Mutuelle soumise au Livre II
du Code de la mutualité - N° 780508073