

Garanties santé
ASSOCIATION AMICALE DU CENTRE
HOSPITALIER DE LAON

Contrat collectif à adhésion facultative



AMICALE DU
PERSONNEL

BESOIN D'UNE
VRAIE MUTUELLE ?
VOUS PROTÉGER, C'EST NOTRE MÉTIER !

CONFORME
100%
SANTÉ

CCMO
MUTUELLE

fiassur



LES GARANTIES SANTÉ ASSOCIATION AMICALE DU CENTRE HOSPITALIER DE LAON

CONFORME
**100%
SANTÉ**

L'association amicale du Centre Hospitalier de Laon a conclu un contrat collectif à adhésion facultative frais de santé avec CCMO Mutuelle.
En tant que membre de cette association, vous pouvez adhérer à l'un de ces contrats dont les conditions ont été négociées par votre association.

LES AVANTAGES DE VOTRE CONTRAT

Des conditions d'adhésion privilégiées



Un tarif spécifique pour les adhérents à l'association amicale du Centre Hospitalier de Laon



Pas de questionnaire médical



Pas de délai de stage (sur présentation d'un certificat de radiation de votre ancienne mutuelle de moins de 2 mois)

Une qualité de gestion connue et reconnue



Un service gestion basé au siège de la CCMO à Beauvais



Pas d'avance de frais avec le tiers payant



Des remboursements en 48h par télétransmission

Des services inclus* pour vous accompagner



Assistance au 03 44 06 90 90 en cas d'hospitalisation, décès, maternité, déplacement...



Téléconsultation médicale
Des médecins disponibles par téléphone 24h/24, 7j/7



Un réseau de soins partenaire en optique, dentaire et audio-prothèse offrant des tarifs et avantages privilégiés

* Voir le détail des conditions au sein de la notice d'information correspondante.

EXTRAIT DE GARANTIES

Se référer aux tableaux de garanties pour connaître le détail de toutes les prestations. Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le régime obligatoire (R.O.).

Régime Responsable

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE

	NIVEAU 1 ACHSQ1	NIVEAU 2 ACHSQ2	NIVEAU 3 ACHSQ3	NIVEAU 4 ACHSQ4
HONORAIRES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]			Frais réels	
Chambre particulière y compris maternité [3]		[Plafond/jour]		
	-	50 €	70 €	90 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES				
		[Plafond/jour limité à 3500€/an]		
Frais de séjour [2]	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Chambre particulière	-	50 €	70 €	90 €
AUTRES PRESTATIONS				
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	
Forfait patient urgences (FPU)			Frais réels	
Forfait sur les actes dits "lourds"			Frais réels	
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]		[Plafond/jour]		
	-	15 €	25 €	30 €
Transport remboursé par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

[1] 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%.

[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.

[3] La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 60 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.

[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans

Se référer aux tableaux de garanties pour connaître le détail de toutes les prestations. Les remboursements sont exprimés en % du tarif de convention ou de la base de remboursement et incluent les remboursements effectués par le régime obligatoire (R.O.).

REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE

NIVEAU 1 ACHSQ1	NIVEAU 2 ACHSQ2	NIVEAU 3 ACHSQ3	NIVEAU 4 ACHSQ4
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Soins courants

HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES / SPECIALISTES / ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR
PARAMEDICAL				
Honoraires paramédicaux	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture)				
Honoraires paramédicaux non remboursés par le R.O. (consultation diététicien, psychomotricien)	(Plafond/séance maxi 4 séances/an)	-	20 €	30 €
35 €				
ANALYSES ET EXAMENS				
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
MÉDICAMENTS - PHARMACIE				
Médicaments remboursés par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
MATÉRIEL MÉDICAL				
Dispositifs médicaux et appareillages [5]	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique remboursé par le R.O.) [6]	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
AUTRES PRESTATIONS				
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.				
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O.				
Vaccins prescrits non remboursés par le R.O.				
Prothèses capillaires non remboursées par le R.O.				
Pédicure-podologie				
Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	90 €	120 €
150 €				
Contraceptifs masculins et féminins non remboursés par le R.O.				
PMA				
Consultation psychologie				

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

[6] Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

Dentaire

100% SANTÉ Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]		Frais réels			
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation)	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation pour les offres à tarifs maîtrisés)	125% BR	-	200% BR	300% BR
Orthodontie remboursée par le R.O.					
Orthodontie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	200 €	300 €	400 €
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 pose de l'implant et le pilier implantaire)	(Plafond/an)	-	200 €	300 €	400 €
Parodontologie non remboursée par le R.O.					

[7] 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.

[8] 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 [9]

100% SANTÉ Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [10]		Frais réels			
Monture + 2 verres					
Suppléments et prestations optiques CLASSE A et CLASSE B [10]					
Equipements à tarif libre - CLASSE B					
Monture	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	50 €	75 €	100 €	100 €
1 verre simple		25 €	40 €	50 €	100 €
1 verre complexe		50 €	65 €	100 €	150 €
1 verre très complexe		75 €	115 €	150 €	200 €
Equipements mixtes CLASSES A et B [11]					
Lentilles remboursées par le R.O.					
Lentilles non remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR	150 €	200 €	300 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) [par œil] hors honoraires	(Plafond/an)	-	400 €	500 €	600 €

[9] 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.

[10] 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.

[11] 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.

Aides auditives

100% SANTÉ Aides auditives 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE 1 [12]		Frais réels			
Aide auditive à tarif libre [13]	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)				
Adulte		400 €	600 €	800 €	1 200 €
Enfant et personne atteinte de cécité		1 400 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

[12] Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018. [13] Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

Cure

Cure thermale remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	100% BR	100% BR + 100€	100% BR + 200€	100% BR + 200€
---	--------------	---------	----------------	----------------	----------------

[14] 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 Ticket Modérateur et viennent en complément du Régime obligatoire.

Soins transmis par la Sécurité sociale et dispensés à l'étranger

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [15]		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
--	--	---------	---------	---------	---------

[15] 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.

Prévention

Les actes de prévention sont définis dans le cadre du respect des dispositions du contrat responsable et sont ou moins remboursés ou ticket modérateur. Votre garantie inclut les actes de prévention conformément aux dispositions du code de la Sécurité sociale.



Prestations en inclusion

Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [16]	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7 [16]	oui	oui	oui	oui
Réseau de soins (optique, dentaire et auditif) [16]	oui	oui	oui	oui

[16] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Remboursements maximums théoriques R.O. + CCMO Mutuelle
(dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins)

	Base de remboursement R.O.	NIVEAU 1 ACHSQ1	NIVEAU 2 ACHSQ2	NIVEAU 3 ACHSQ3	NIVEAU 4 ACHSQ4
SOINS COURANTS					
Consultation d'un spécialiste adhérent au DPTM*	31,50 €	31,50 €	37,25 €	43 €	54,50 €
Consultation d'un spécialiste non adhérent au DPTM*	23 €	23 €	23 €	29,90 €	41,40 €
DENTAIRE					
 PROTHÈSE 100% SANTÉ Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 ^{ère} prémolaire	120 €	Frais réels			
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE par le R.O. Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	120 €	150 €	240 €	360 €	480 €
OPTIQUE					
 ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ une paire de lunettes adulte à verres simples (unifocaux classe A sphère de -4,00 à -6,00)	34,50 €	Frais réels			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres simples	0,15 €	100 €	155 €	200 €	300 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres complexes	0,15 €	150 €	205 €	300 €	400 €

*Pour savoir si votre médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM), rendez-vous sur www.ameli.fr.

COTISATIONS MENSUELLES 2024 valables jusqu'au 31/12/2024 par bénéficiaire

Âge au 1 ^{er} janvier 2024	Niveau 1 ACHSQ1	Niveau 2 ACHSQ2	Niveau 3 ACHSQ3	Niveau 4 ACHSQ4
18 - 39 ans	25,93 €	40,64 €	47,88 €	60,10 €
40 - 49 ans	33,31 €	50,17 €	60,38 €	77,36 €
50 - 59 ans	41,40 €	61,95 €	75,48 €	97,29 €
60 - 69 ans	49,24 €	73,91 €	89,91 €	115,61 €
70 - 79 ans	61,80 €	93,59 €	114,03 €	145,79 €
80 ans et plus	74,17 €	107,62 €	134,58 €	167,63 €
Enfants	12,53 €	17,82 €	21,68 €	24,34 €

Document non contractuel - Mai 2024

UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

Consultez votre espace sécurisé



Rendez-vous sur
www.ccmo.fr



Téléchargez
l'appli santé CCMO



Contactez-nous



Nos téléconseillers
basés à Beauvais sont
disponibles 6j/7
au 03 44 06 90 00



Nos conseillers vous accueillent
également **en agence**. Retrouvez
les coordonnées et les horaires
sur www.ccmo.fr

Les remboursements 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) diminuée 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 MÉDICALES (DÉFINIES À L'ARTICLE L.160-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) AINSI QUE DES PÉNALITÉS EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (DÉFINIES À L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE).

LES LIMITES CCMO MUTUELLE EXPRIMÉES EN EUROS NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS MUTUELLES, À L'EXCEPTION DES LIMITES APPLICABLES POUR L'OPTIQUE ET L'AIDE AUDITIVE QUI INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES.

R.O. = Régime Obligatoire

 www.ccmo.fr



CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993 60014 BEAUVAIS
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité n°780 508 073
et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Pl. de Budapest, 75009 Paris.

