

Complémentaire santé  
**PROFESSIONNELS  
INDÉPENDANTS**

CONFORME  
**100%  
SANTÉ**

**Besoin d'une  
vraie mutuelle ?**  
**Vous protéger, c'est notre métier**

**CCMO**  
**MUTUELLE**

# Complémentaire santé PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS

**CONFORME** 5 niveaux de garanties au choix conformes à la réforme  
**100% SANTÉ** 100% Santé

Des garanties éligibles à la loi Madelin vous permettant de déduire vos cotisations de vos bénéfices imposables\*

5 niveaux de garanties progressifs pour répondre à tous les besoins et tous les budgets

Cotisation gratuite pour le 3<sup>ème</sup> enfant et les suivants

Service de téléconsultation médicale 24h/24 7j/7

\* Sous certaines conditions.

# 93%

de nos adhérents sont prêts à re-souscrire.\*

\* Baromètre de satisfaction 2023 réalisé par le cabinet d'étude Init auprès d'un panel représentatif d'environ 460 adhérents. INIT - 2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL - France Société par Actions Simplifiée au capital de 110 000 € N°SIREN : 401 935 853.

# 91%

de nos adhérents nous recommandent.\*

## EXTRAIT DE GARANTIES

### RÉGIME RESPONSABLE

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.).

		MENTHE	ANETH	THYM	SAUGE	MÉLISSE	
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>HONORAIRES</b> • Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup> • Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR 100 % BR	150 % BR 130 % BR	200 % BR 180 % BR	300 % BR 200 % BR	500 % BR 200 % BR	
	<b>ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS</b> • Frais de séjour <sup>(2)</sup> • Chambre particulière y compris maternité <sup>(3)</sup>	Frais réels 40 €	Frais réels 60 €	Frais réels 80 €	Frais réels 100 €	Frais réels 120 €	
	<b>ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS</b> • Frais de séjour <sup>(2)</sup> • Chambre particulière	Plafond/Jour 100% BR -	Plafond par jour limité à 3500€/an 100% BR + 90 €	100% BR + 100 €	100% BR + 110 €	100% BR + 120 €	
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>AUTRES PRESTATIONS</b> • Forfait journalier hospitalier • Forfait Patient Urgences • Frais d'accompagnement enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans <sup>(4)</sup> • Transport remboursé par le R.O.	Frais réels Frais réels 15 € 100% BR	Frais réels Frais réels 25 € 100% BR	Frais réels Frais réels 35 € 100% BR	Frais réels Frais réels 45 € 100% BR	Frais réels Frais réels 55 € 100% BR	
	<b>HONORAIRES MÉDICAUX GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES, ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX</b> (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements) • Praticiens adhérents au DPTM <sup>(1)</sup> • Praticiens non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup> • Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	Plafond/an 100% BR 100% BR 40 €	Plafond/an 100% BR 100% BR 40 €	200% BR 180% BR 40 €	300% BR 200% BR 40 €	500% BR 200% BR 40 €	
	<b>PARAMÉDICAL</b> • Honoraires paramédicaux • Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, homéopathe), honoraires paramédicaux (pédicurie-podologie, psychothérapie) non remboursés par le R.O.	Plafond/séance - Maxi 4 séances/an 100% BR 20 €	Plafond/séance - Maxi 4 séances/an 100% BR 30 €	200% BR 40 €	250% BR 50 €	300% BR 60 €	
<b>DENTAIRE</b>	<b>ANALYSES ET EXAMENS</b> • Analyses et examens de biologie • Analyses hors nomenclature • Amniocentèse non remboursée par le R.O.	Plafond/an Plafond/an 100% BR -	Plafond/an Plafond/an 150% BR 50 € -	200% BR 100 € -	250% BR 150 € 75 €	300% BR 200 € 100 €	
	<b>MÉDICAMENTS - PHARMACIE</b> • Médicaments remboursés par le R.O. • Médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O. • Contraceptifs prescrits non remboursés par le R.O. • Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O. • Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	Plafond/an Plafond/an 100% BR 50 € 12 €	Plafond/an Plafond/an 100% BR 60 € 12 €	100% BR 100% BR 70 €	100% BR 80 €	100% BR 100 €	
	<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> • Dispositifs médicaux et appareillages <sup>(5)</sup> • Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique remboursé par le R.O.) <sup>(6)</sup> • Appareillage post opératoire non remboursé par le R.O.	Plafond/an 100% BR 100% BR -	Plafond/an 100% BR 100% BR 50 €	200% BR 100% BR 100 €	250% BR 100% BR 150 €	300% BR 100% BR 200 €	
<b>OPTIQUE</b> <sup>(9)</sup>	<b>SOINS DENTAIRES</b> (y compris implantologie remboursée par le R.O.) <b>INLAYS ONLAYS</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b> • Autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O. • Non remboursées par le R.O. <sup>(8)</sup> <b>ORTHODONTIE</b> • Remboursée par le R.O. • Non remboursée par le R.O. <b>IMPLANTOLOGIE DENTAIRE ET PARODONTOLOGIE</b> non remboursées 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 limité aux honoraires limites de facturation (HLF) 100% BR 100% BR	Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés. 150% BR -	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	
	<b>ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ</b> (tels que définis réglementairement - CLASSE A) <sup>(10)</sup> • Monture / verres • Suppléments et prestations optiques plafonnés CLASSES A et B <sup>(10)</sup> <b>ÉQUIPEMENTS A TARIF LIBRE</b> - CLASSE B • Monture • 1 verre simple • 1 verre complexe • 1 verre très complexe <b>ÉQUIPEMENTS MIXTES</b> CLASSES A ET B <sup>(10)</sup> <b>LENTILLES</b> • Remboursées par le R.O. • Non remboursées par le R.O., jetables <b>CHIRURGIE REFRACTIVE</b> (myopie, presbytie) (par œil) et <b>IMPLANTS OCULAIRES</b> (par œil) hors honoraires	1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation 100% BR 100% BR 100% BR 100% BR	100 € 50 € 100 € 100 €	300% BR 150% BR 300% BR 125% BR	Maxi 1400€ par an Maxi 1600€ par an Maxi 800€ par an 400% BR 150% BR	Maxi 2000€ par an Maxi 2500€ par an Maxi 1200€ par an 500% BR 150% BR	Maxi 2500€ par an Maxi 1400€ par an 800 €
	<b>AIDES AUDITIVES</b> <b>AIDES AUDITIVES A TARIF LIBRE</b> - CLASSE II <sup>(13)</sup> • Adulte • Enfant et personne atteinte de cécité <b>ENTRETIEN ET RÉPARATION D'ACCESSOIRES ET CONSOMMABLES</b> achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) • Remboursés par le R.O. • Forfait complémentaire accessoires et consommables remboursés ou non remboursés par le R.O.	1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation Plafond/an Plafond/an Plafond/an	400 € 1400 €	500 € 1600 €	550 € 1650 €	600 € 1700 €	650 € 1700 €
<b>CURE</b> • Cure thermale remboursée par le R.O. <sup>(14)</sup>	Plafond/an	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
<b>ALLOCATIONS</b>	• Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) <sup>(15)</sup> • Obsèques (âge limité à 75 ans)	Allocation forfaitaire	- -	150 € 200 €	200 € 300 €	250 € 400 €	300 € 500 €
	<b>PRESTATIONS EN INCLUSION</b> • Assistance <sup>(16)</sup> : aide ménagère, accompagnement social, informations par téléphone • Téléconsultation médicale <sup>(16)</sup> : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7		Oui Oui	Oui Oui	Oui Oui	Oui Oui	Oui Oui

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

[5] À 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.

[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).

[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 différent], 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.



[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).

[15] 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.

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



# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Base de remboursement de la Sécurité sociale (R.O.)	Remboursements maximums théoriques R.O. + CCMO Mutuelle (dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins)				
		MENTHE	ANETH	THYM	SAUGE	MÉLISSE
<b>SOINS COURANTS</b>						
Consultation d'un spécialiste adhérent au DPTM*	31,50 €	31,50 €	43 €	54,50 €	77,50 €	123,50 €
Consultation d'un spécialiste non adhérent au DPTM*	23 €	23 €	29,90 €	41,40 €	46 €	46 €
<b>DENTAIRE</b>						
 PROTHÈSE 100% SANTÉ Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 <sup>ère</sup> prémolaire	120 €	Frais réels				
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE PAR LE R.O. Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	120 €	180 €	240 €	360 €	480 €	600 €
<b>OPTIQUE</b>						
 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 verre simples	0,15 €	0,06 €	200 €	300 €	350 €	420 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres complexes	0,15 €	0,06 €	300 €	400 €	500 €	610 €

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