

ÉVOLIS SANTÉ

LA COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ QUI ÉVOLUE
AVEC VOUS !

92%

de nos adhérents
satisfaits*

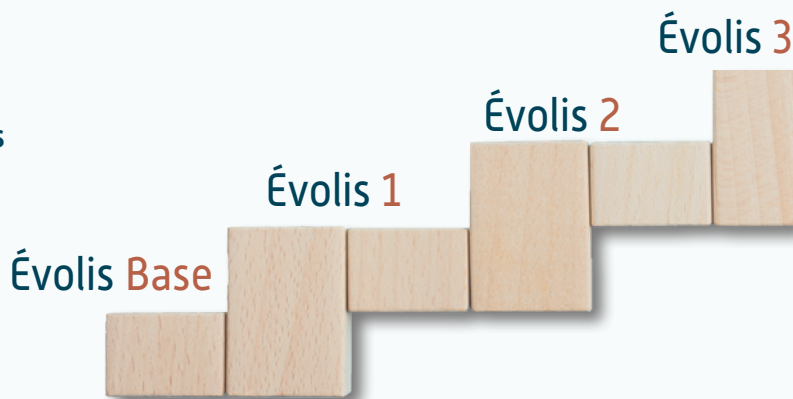
CCMO
MUTUELLE

Adaptable

Avec ses 4 niveaux de garanties au choix

Évolis 1, 2 et 3 :

- ▶ Prise en charge d'un large panel de prestations y compris le 100% Santé optique, dentaire et aides auditives



Évolis Base :

- ▶ Une garantie pour **vous couvrir sur l'essentiel uniquement** : hospitalisation et soins courants *(produit non responsable)*

+ Un renfort optionnel pour compléter votre couverture santé **

En complément des niveaux Évolis 1,2 et 3

OPTIQUE	Verre de lunettes	▶ + 20 € par verre
DENTAIRE	Prothèses dentaires et orthodontie remboursées	▶ + 100% BR
	Prothèses dentaires et orthodontie et parodontologie non remboursées	▶ + 100 € par an
	Implantologie dentaire non remboursée	▶ + 50 € par implant
MÉDECINES DOUCES	Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, sophrologue, hypnothérapeute	▶ + 10 € par séance ▶ + 1 séance par an

Engagée avec des prestations de prévention et bien-être**



MÉDECINES DOUCES ET HONORAIRES PARAMÉDICAUX

13 spécialités prises en charge

De 20 à 50 €/séance



DÉPISTAGES NON REMBOURSÉS

dès le niveau 2

De 30 à 50 €/an



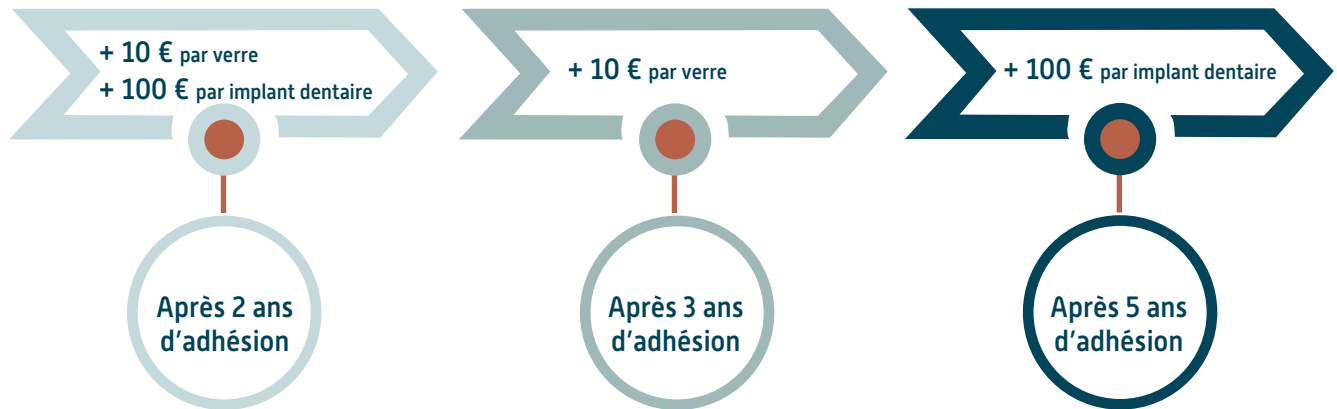
PHARMACIE & HOMÉOPATHIE NON REMBOURSÉES

dès le niveau 2

De 30 à 50 €/an

La fidélité récompensée

Après 2 ans de fidélité vous pouvez accéder à **des remboursements majorés en optique et en dentaire**
(les conditions d'application de cette bonification sont précisées dans la notice d'information).



Des services pour vous accompagner

▶ ASSISTANCE 24H/24 7J/7



Des garanties d'assistance santé complètes pour faire face aux aléas de la vie :

- Informations santé, juridiques et sociales par téléphone
- En cas d'hospitalisation / immobilisation ou séjour en maternité : aide à domicile, prise en charge des enfants et des animaux de compagnie
- En cas d'immobilisation au domicile d'un enfant : soutien scolaire
- En cas d'arrêt de travail de l'assistante maternelle : prise en charge des enfants
- Aide à domicile en cas de naissance multiple ou grossesse pathologique
- Aide aux démarches administratives en cas de maladie professionnelle ou accident du travail
- Accompagnement médico-social et psychologique en cas de perte d'autonomie
- En cas d'addiction ou de dépression : accompagnement psychologique
- Rapatriement sanitaire en cas d'accident ou maladie lors d'un déplacement en France
- Et bien d'autres garanties encore.

▶ TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Un médecin en ligne 24H/24 et 7j/7 par téléphone ou via l'application Medaviz

- Bénéficiez d'un échange avec un professionnel qualifié, diplômé en France et inscrit à l'Ordre de sa spécialité, qui donne un diagnostic immédiat, oriente et délivre une ordonnance si nécessaire et/ou possible*.
- Accédez à de nombreuses spécialités : généralistes, pédiatres, gynécologues, pharmaciens, sages-femmes... une vingtaine de spécialités médicales et paramédicales proposées.

* Les arrêts de travail, certificats médicaux ou certains traitements comme les psychotropes, les antalgiques ou encore les dérivés morphiniques ne peuvent être délivrés.

▶ 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 6 jours sur 7.**

EXTRAIT DES GARANTIES

Se référer aux modalités 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.).

		Évolis Base (Non responsable)	Évolis 1	Évolis 1 + renfort	Évolis 2	Évolis 2 + renfort	Évolis 3	Évolis 3 + renfort	
HOSPITALISATION	HONORAIRES * Praticiens adhérents au DPTM ^[1] * Praticiens non adhérents au DPTM ^[1]	100% BR 100% BR	125% BR 100% BR	125% BR 100% BR	300% BR 200% BR	300% BR 200% BR	400% BR 200% BR	400% BR 200% BR	
	ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES * Frais de séjour ^[2] * Chambre particulière y compris maternité ^[3] * Chambre ambulatoire	Plafond/jour Plafond/jour -	Frais réels 40 € 20 €	Frais réels 40 € 20 €	Frais réels 40 € 20 €	Frais réels 70 € 30 €	Frais réels 70 € 30 €	Frais réels 100 € 40 €	Frais réels 100 € 40 €
	ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES * Frais de séjour ^[2]	Plafond par jour limité à 3500 €/an	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	AUTRES PRESTATIONS * Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences * Frais d'accompagnement enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ^[4] * Transport accepté par le R.O.	Plafond/jour	Frais réels -	Frais réels -	Frais réels -	Frais réels 35 € 100% BR	Frais réels 35 € 100% BR	Frais réels 45 € 100% BR	Frais réels 45 € 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, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. [4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.									
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES * Praticiens adhérents au DPTM ^[1] * Praticiens non adhérents au DPTM ^[1]	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	150% BR 130% BR	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR	200% BR 180% BR	
	HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES, ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements) * Praticiens adhérents au DPTM ^[1] * Praticiens non adhérents au DPTM ^[1]	100% BR 100% BR	125% BR 100% BR	125% BR 100% BR	300% BR 200% BR	300% BR 200% BR	400% BR 200% BR	400% BR 200% BR	
	PARAMEDICAL * Honoraires paramédicaux remboursés par le R.O. (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue) * Honoraires paramédicaux non remboursés par le R.O. (psychothérapeute, consultation diététicienne, ergothérapeute, psychomotricien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicure-podologue) * Consultation médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, sophrologie, hypnothérapie)	Plafond/séance	100% BR -	100% BR 20 € Maxi 4 séances / an	100% BR 30 € Maxi 5 séances / an	150% BR 35 € Maxi 4 séances / an	150% BR 45 € Maxi 5 séances / an	200% BR 50 € Maxi 4 séances / an	200% BR 60 € Maxi 5 séances / an
	ANALYSES ET EXAMENS * Analyses et examens de biologie * Analyses hors nomenclature * Dépistages (cancer du col de l'utérus, infection urinaire, cancer du côlon, bilan allergique...) non remboursés par le R.O.	Plafond/an	100% BR -	100% BR -	100% BR -	150% BR 100 € 30 €	150% BR 100 € 30 €	200% BR 200 € 50 €	200% BR 200 € 50 €
	MEDICAMENTS - PHARMACIE * Médicaments remboursés par le R.O. * Médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O. * Vaccins prescrits non remboursés par le R.O.	Plafond/an Plafond/an	100% BR -	100% BR 20 € -	100% BR 20 € -	100% BR 40 € 30 €	100% BR 40 € 30 €	100% BR 50 € 50 €	100% BR 50 € 50 €
	MATERIEL MEDICAL * Dispositifs médicaux et appareillages ^[5] * Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ^[6]	Plafond/an	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR + 100 € 100% BR	100% BR + 100 € 100% BR	100% BR + 200 € 100% BR	100% BR + 200 € 100% BR
[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 chassiss.									
DENTAIRE	100% SANTÉ 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement) ^[7] SOINS DENTAIRES (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	Plafond limité aux honoraires limites de facturation (HLF)	-	Frais réels 100% BR	Frais réels 100% BR	Frais réels 150% BR	Frais réels 150% BR	Frais réels 200% BR	Frais réels 200% BR
	PROTHESES DENTAIRES * Autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O. * Non remboursées par le R.O. ^[8]	Plafond limité aux HLF pour les offres à tarifs maîtrisés	-	125% BR	225% BR 100 € Maxi 1800 € par an	300% BR 200 € Maxi 2000 € par an	400% BR 300 € Maxi 2500 € par an	450% BR 400 € Maxi 3000 € par an	550% BR 500 € Maxi 3500 € par an
	ORTHODONTIE * Remboursée par le R.O. * Non remboursée par le R.O.	Plafond/semestre Plafond/an	-	125% BR -	225% BR 100 €	300% BR 200 €	400% BR 300 €	450% BR 450 €	550% BR 550 €
	IMPLANTOLOGIE DENTAIRE 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/implant limité à 2 implants/an	-	-	Année 1 50 € Année 3 150 € Année 6 250 €	Année 1 150 € Année 3 250 € Année 6 350 €	Année 1 200 € Année 3 300 € Année 6 400 €	Année 1 300 € Année 3 400 € Année 6 500 €	Année 1 350 € Année 3 450 € Année 6 550 €
	PARODONTOLOGIE non remboursée par le R.O.	Plafond/an	-	-	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
	[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 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement - CLASSE A) ^[10] * Monture + 2 verres * Suppléments et prestations optiques ^[10]	-	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE B * Monture	-	-	50 €	50 €	100 €	100 €	100 €	100 €
	* 1 verre simple	1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation	-	Année 1 50 € Année 3 60 € Année 4 70 €	Année 1 70 € Année 3 80 € Année 4 90 €	Année 1 90 € Année 3 100 € Année 4 110 €	Année 1 110 € Année 3 120 € Année 4 130 €	Année 1 120 € Année 3 140 € Année 4 160 €	Année 1 140 € Année 3 150 € Année 4 160 €
	* 1 verre complexe	-	-	Année 1 60 € Année 3 70 € Année 4 80 €	Année 1 80 € Année 3 90 € Année 4 100 €	Année 1 150 € Année 3 160 € Année 4 170 €	Année 1 170 € Année 3 180 € Année 4 190 €	Année 1 260 € Année 3 270 € Année 4 280 €	Année 1 280 € Année 3 290 € Année 4 300 €
	* 1 verre très complexe	-	-	Année 1 75 € Année 3 85 € Année 4 95 €	Année 1 95 € Année 3 105 € Année 4 115 €	Année 1 200 € Année 3 210 € Année 4 220 €	Année 1 220 € Année 3 230 € Année 4 240 €	Année 1 310 € Année 3 320 € Année 4 330 €	Année 1 330 € Année 3 340 € Année 4 350 €
	EQUIPEMENTS MIXTES CLASSES A ET B ^[11] LENTILLES	Plafond/an	-	100% BR	100% BR	100% BR + 100 €	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 200 €
[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'appariage 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. Se référer aux postes correspondants.									
AIDES AUDITIVES	100% SANTÉ 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement CLASSE I) ^[12] AIDES AUDITIVES A TARIF LIBRE - CLASSE II ^[13] * Adulte * Enfant et personne atteinte de cécité	1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	ENTRETIEN ET REPARATION D'ACCESSOIRES ET CONSOMMABLES achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires)	Plafond/an	-	400 € 1400 €	400 € 1400 €	800 € 1400 €	800 € 1400 €	1200 € 1700 €	1200 € 1700 €
	[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 thermique remboursée par le R.O. ^[14] [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.	Plafond/an	-	-	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
ALLOCATIONS	* Allocation naissance ou adoption [enfant < 10 ans] ^[15] [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.	Allocation forfaitaire	-	-	-	-	150 €	150 €	
SERVICES	* Assistance ^[16] : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone * Garantie Pass'sport ^[16] : assurance scolaire, capital en cas d'accident * Téléconsultation médicale ^[16] : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7 [16] Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui	



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 soin (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

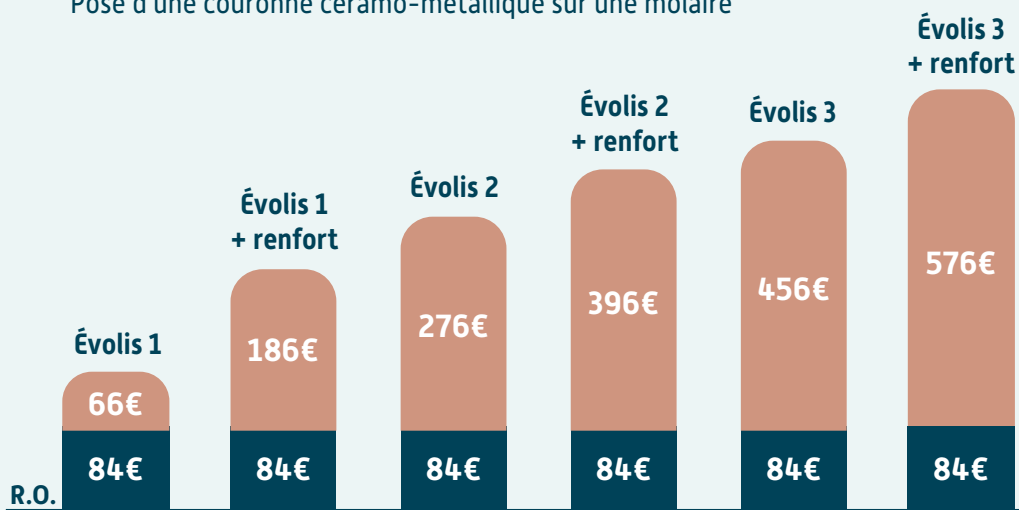
Exemples de remboursement



SOINS COURANTS : Consultation d'un spécialiste adhérent au DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé)

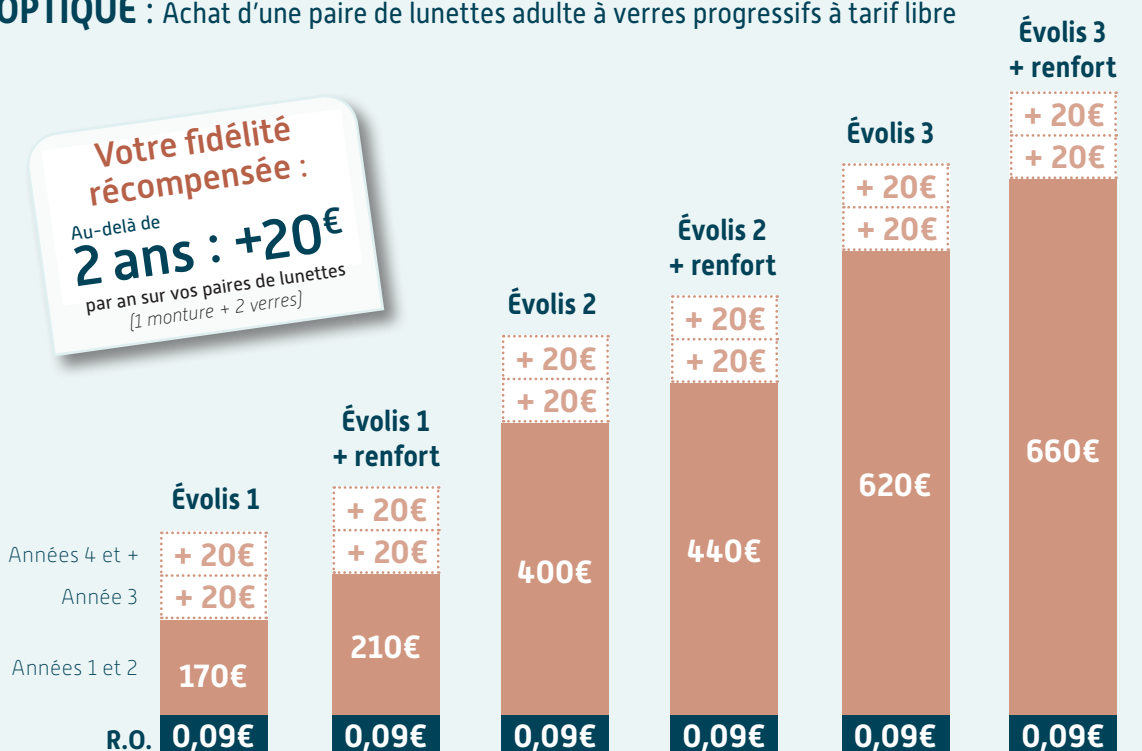


DENTAIRE : Prothèse 100% Santé remboursée par le R.O. Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire



OPTIQUE : Achat d'une paire de lunettes adulte à verres progressifs à tarif libre

Votre fidélité récompensée :
Au-delà de **2 ans : +20€**
par an sur vos paires de lunettes
(1 monture + 2 verres)



Part Régime Obligatoire (R.O.)

Part mutuelle



CCMO MUTUELLE

CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis – PAE du Haut-Villé – CS 50993 – 60014 Beauvais Cedex
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité N° 780508073
et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Pl. de Budapest, 75009 Paris.