

Age	Option CFTC 1	Option CFTC 2	Option CFTC 3	Option CFTC 4
0-24 ans	29,11 €	35,34 €	42,34 €	43,61 €
25 ans	29,45 €	35,68 €	42,85 €	44,13 €
26 ans	30,30 €	36,79 €	43,96 €	45,25 €
27 à 47 ans	40,29 €	48,91 €	58,64 €	60,40 €
48 ans	41,14 €	50,02 €	59,92 €	61,71 €
49 ans	42,08 €	50,96 €	61,03 €	62,85 €
50 ans	42,85 €	51,98 €	62,31 €	64,17 €
51 ans	43,79 €	53,01 €	63,59 €	65,48 €
52 ans	44,64 €	54,12 €	64,87 €	66,81 €
53 ans	45,58 €	55,31 €	66,24 €	68,22 €
54 ans	46,52 €	56,42 €	67,69 €	69,72 €
55 ans	47,46 €	57,53 €	68,97 €	71,03 €
56 ans	48,31 €	58,64 €	70,42 €	72,52 €
57 ans	49,34 €	59,92 €	71,87 €	74,02 €
58 ans	50,36 €	61,03 €	73,24 €	75,41 €
59 ans	51,47 €	62,31 €	74,86 €	77,10 €
60 ans	52,41 €	63,59 €	76,31 €	78,60 €
61 ans	53,52 €	64,87 €	77,93 €	80,28 €
62 ans	54,63 €	66,24 €	79,38 €	81,76 €
63 ans	55,74 €	67,52 €	81,09 €	83,52 €
64 ans	56,85 €	68,97 €	82,71 €	85,19 €
65 ans	58,13 €	70,42 €	84,42 €	86,95 €
66 ans	59,15 €	71,87 €	86,04 €	88,62 €
67 ans	60,52 €	73,24 €	87,92 €	90,55 €
68 ans	62,14 €	75,37 €	90,31 €	93,01 €
69 ans	63,85 €	77,59 €	92,87 €	95,64 €
70 ans	65,81 €	79,64 €	95,60 €	98,47 €
71 ans	67,69 €	82,03 €	98,33 €	101,28 €
72 ans	70,25 €	85,10 €	102,00 €	105,06 €
73 ans	71,53 €	86,81 €	104,99 €	108,14 €
74 ans	72,30 €	87,66 €	106,87 €	110,07 €
75 ans	73,75 €	89,37 €	109,94 €	113,24 €
76 ans	75,20 €	91,16 €	113,10 €	116,49 €
77 ans	76,82 €	93,04 €	116,34 €	119,83 €
78 ans	78,36 €	94,92 €	119,67 €	123,26 €
79 ans	79,81 €	96,88 €	123,17 €	126,86 €
80 ans et +	81,43 €	98,76 €	126,67 €	130,47 €

Exemple avec l'option CFTC 1 :

Monsieur a 60 ans et Madame a 58 ans.

Leur cotisation mensuelle pour l'année 2018 s'élève à : **102,77 €**

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

CFTC 1	CFTC 2	CFTC 3	CFTC 4
Régime obligatoire + mutuelle en % du tarif de convention (TC) ou de la base de remboursement (BR) R.O. + RC			

Garanties responsables

Hospitalisation médicale/chirurgicale

Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait légal les actes visés à l'article R.322-8 1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers - Signataires du Contrat d'Accès aux Soins [CAS] ^[1] - Non signataires du CAS ^[1]	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%
Frais d'accompagnant : enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ^[2] (plafond/jour)	35 €	35 €	35 €	35 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Établissements conventionnés				
Frais de séjour ^[3]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (y compris maternité) ^[4] (plafond/jour)	65 €	80 €	100 €	80 €
Établissements non conventionnés				
Frais de séjour ^[3] (plafond/jour limité à 3800€/an)	100 €	110 €	135 €	80 €

Soins courants

Consultations, visites généralistes - Signataires du CAS ^[1] - Non signataires du CAS ^[1]	100% 100%	120% 100%	150% 130%	150% 130%
Consultations, visites spécialistes, actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) - Signataires du CAS ^[1] - Non signataires du CAS ^[1]	150% 130%	150% 130%	150% 130%	150% 130%
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	-	-	-	100%
Majoration et indemnités de déplacement remboursés par le R.O.	-	-	-	100%
Forfait légal les actes visés à l'article R.322-8 1 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux et examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O. (plafond/an)	40 €	40 €	40 €	40 €
Consultations médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien)(plafond/séance - maxi 4 séances/an)	20 €	20 €	20 €	20 €

Pharmacie

Pharmacie remboursée à 65%, 30% et 15% par le R.O.	100%	100%	100%	100%
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O. (plafond/an)	12 €	12 €	12 €	12 €

Dentaire

Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. (y compris couronne implanto-portée)	125%	125%	125%	125%
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées*	20%	125%	245%	245%
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O.* ^[5]	75%	100%	150%	150%
* Dans la limite d'un plafond annuel CCMO de :	1160 €	1950 €	2290 €	2290 €
Orthodontie acceptée (plafond 1000€/an)	250%	250%	250%	250%
Orthodontie refusée	-	-	150%	150%

Optique^[6]

Équipement simple : monture + 2 verres simples (plafond biennal ;	150 €	160 €	215 €	215 €
Équipement complexe : monture + au moins 1 verre complexe 150€/maxi pour la monture)	200 €	200 €	275 €	450 €
Équipement très complexe : monture + au moins 1 verre très complexe	200 €	200 €	275 €	450 €
Lentilles acceptées ou refusées (plafond/an)	100% + 125 €	100% + 190 €	100% + 275 €	100% + 450 €

Appareillage

Prothèses auditives acceptées (plafond limité à 2 prothèses/an)	100%	100%+270 €	100%+520 €	100%+750 €
Prothèses auditives refusées (plafond limité à 2 prothèses/an)	-	175 €	175 €	175 €
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ^[7]	100%	100%	100%	100%
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O. (plafond/an)	400 €	400 €	400 €	400 €
Autres dispositifs médicaux et appareillages (orthopédie et petits appareillages) ^[8]	120% (plafond 310 €/an)	200% (plafond 390 €/an)	265% (plafond 465 €/an)	265% (plafond 465 €/an)

Cure

Cure thermale acceptée par le R.O. ^[9] (plafond/an)	160 €	160 €	400 €	400 €
--	-------	-------	-------	-------

Allocation

Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) ^[10] (allocation forfaitaire)	240 €	240 €	240 €	240 €
Enfant né sans vie ^[11] (allocation forfaitaire)	300 €	350 €	350 €	350 €
Obsèques (allocation versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite)	320 €	610 €	610 €	610 €

Prévention

Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui
--	-----	-----	-----	-----

Services

Assistance ^[12] : aide ménagère, accompagnement social, informations par téléphone...	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie Pass'Sports ^[14] : assurance scolaire, capital en cas d'accident, rapatriement...	Oui	Oui	Oui	Oui

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 soins 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 soins, 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 EXPRIMÉES EN EUROS OU EN % DU PMSS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES AU TICKET MODÉRATEUR.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

[1] Le Contrat d'Accès aux Soins (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 200% à compter du 1^{er} janvier 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] 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].

[6] Le plafond biennal (un remboursement tous les deux ans à compter de la dernière consommation) 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 €.

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

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

[9] Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

[10] 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.

[11] 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'événement.

[12] Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.

[14] Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.