

ADDENDUM

À L'ANNEXE AU RÈGLEMENT MUTUALISTE

applicable à compter du 1^{er} janvier 2012

Tableaux des prestations - Collège des collectivités

Aux fins de mise en conformité avec l'article L.871-I du code de la Sécurité sociale tel que modifié par l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, vous trouverez ci-dessous les modifications apportées aux tableaux de prestations à effet du 1^{er} janvier 2012.

Les options Sup' et Plus des garanties figurant ci-dessus, sont modifiées dans les mêmes proportions.
Les prestations non modifiées par le présent Addendum demeurent inchangées.

	Equilibre	Confort	Rivage	Marine	Adriatique	Baltique
HOSPITALISATION MEDICALE/CHIRURGICALE						
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Oui	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 ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires hospitalisation Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels
Chambre particulière secteur conventionné (y compris maternité) ⁽²⁾	(plafond/jour) 65 €	80 €	45 €	60 €	45 €	60 €
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾	(plafond/jour) 100 €	110 €	80 €	90 €	80 €	90 €
Frais d'accompagnant enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans ⁽⁴⁾	(plafond/jour) 35 €	35 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Transport accepté par le R.O.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX						
Consultations, visites de généralistes tous secteurs et spécialistes secteur non conventionné ⁽⁵⁾	100%	120%	100%	125%	100%	125%
Consultations, visites de spécialistes secteur conventionné	150%	150%	150%	150%	150%	150%
Actes de spécialistes (dont radiologie)	100%	120%	100%	125%	100%	125%
Actes de chirurgiens, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs secteur 2 Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8 I du code de la Sécurité sociale	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels	150% Frais réels
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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 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 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.

⁽³⁾ Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge globale plafonnée 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.