

ACTIF TABLEAU DES PRESTATIONS


RO*+ Dynafi

RO*+ Dynafi

FORMULES - contrat responsable - éligible Madelin

		RO*+ Dynafi		RO*+ Dynafi	
		OPTIMAL Actif	CONFORT Actif	OPTIMAL Actif	CONFORT Actif
SOINS COURANTS				APPAREILLAGE	
Consultations, visites de généralistes et spécialistes secteur conventionné- CAS (1)		350%	200%	Prothèses auditives acceptées (forfait par an/par prothèses)	0€/an 0€/an
Consultations, visites de généralistes et spécialistes secteur conventionné- non CAS (1)		200%	180%	Gros appareillage (8)(y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le RO)	100%+400€ 100%
Actes de spécialistes (dont radiologie)- CAS (1)		350%	200%	Autres dispositifs médicaux et appareillages (9)	400% 100%
Actes de spécialistes (dont radiologie)- non CAS (1)		200%	180%	CURE	
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		Frais réels	Frais réels	Cure thermale acceptée par le RO*(10)	400 € 200 €
Auxiliaires médicaux		300%	200%	ALLOCATION	
Examens de laboratoire		300%	200%	Naissance , Adoption (enfant<10 ans) (11)	300 € 150 €
Vaccins non pris en charge		50€/an	25€/an	PREVENTION	
Analyses hors nomenclature		400€/an	200€/an	Ostéodensitométrie remboursée par le RO*	350% 200%
Ostéopathie,Chiropractie, Etiopathie, Psychothérapie Podologue, Acupuncteur (Plafond/séance - max 6 séances)		40 €	30 €	Ostéodensitométrie non remboursée par le RO*	40€/an 20€/an
PHARMACIE				Détartrage annuel	350% 200%
Pharmacie toute vignette		100%	100%	Vaccin anti-grippe	12€/an 12€/an
Pilule contraceptive et traitement de la ménopause (non prise en charge)		40€/an	20€/an	Substituts nicotiniques (remboursés ou non par le RO*)	70€/an 35€/an
Homeopathie non remboursée RO*		50€/an	25€/an	Assistance (12) Aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone	oui oui
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE				ASSUREUR	
Forfait hospitalier journalier secteur conventionné- illimité tous services		100%	100%	La gamme Optimal Actif et Confort Actif a été conçue par Dynafi ***.	Mutuelle CCMO**
Frais d'accompagnant: enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans (2)		30€/jour	15€/jour	Elle est assurée et gérée par l'Assureur:	
Frais de séjour secteur conventionné (3)		Frais réels	Frais réels	* Régime Obligatoire	
Honoraires hospitalisation- CAS (1)		500%	500%	** Mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité - N° 780508073: CCMO 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex	
Honoraires hospitalisation- non CAS (1)		200%	200%	***Dynafi, intermédiaire d'Assurances - RCS Paris 511 711 046 - n° Orias 09 051 111- service client: 118 avenue Félix Faure - email: contact@dynafi.fr	
Forfait légal sur les actes visés à l'article R.322-8-1 du code de la Sécurité sociale		Frais réels	Frais réels		
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité (4)		100€/jour	60€/jour		
Frais d'hospitalisation secteur non conventionné (5)		150€/jour	150€/jour		
Transport accepté par le RO*		100%	100%		
DENTAIRE					
Soins dentaires		350%	200%		
Prothèses remboursées par le RO*	}	225%	125%		
Remboursement complémentaire prothèses dentaires remboursées par le RO*		375%	175%		
Prothèses nomenclaturées non remboursées par le RO* (6)		250%	200%		
Dans la limite d'un plafond annuel de :		2000€/an	1700€/an		
Orthodontie		500%	350%		
Implants dentaires (Demande préalable obligatoire de prise en charge à la Mutuelle) ,Parodontologie et orthodontie non remboursée		1300€/an	650€/an		
OPTIQUE (7)					
Equipement verres simples (2 verres simples)	Plafond biennal	470 €	350 €		
Equipement verres complexes (au moins 1 verres complexe)	Plafond biennal	650 €	450 €		
Equipementverres très complexes (au moins 1 verre très complexes)	Plafond biennal	700 €	550 €		
dont monture maximum	Plafond biennal	150 €	150 €		
Lentilles acceptées ou refusées par le RO	Plafond annuel	250 €	150 €		
Chirurgie optique par traitement laser (par oeil/par an)		400 €	200 €		

TABLEAU DES PRESTATIONS (suite)

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 la cadre 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 par an s'entendent par année civile. LES LIMITES ET FRANCHISES CCMO MUTUELLE EXPRIMEES EN EUROS INTERVIENNENT SUR LE SEUL REMBOURSEMENT MUTUELLE ET NE PORTENT QUE SUR LES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU TICKET MODERATEUR.

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

En cas d'utilisation de la garantie en surcomplémentaire, les remboursements viennent en complément des garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat et dans la limite des frais facturés ainsi que des plafonds de prise en charge définis par l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

(1) Les montants indiqués s'appliquent à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le 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 225% (en 2015 et 2016 puis à 200% à compter de 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) Hospitalisation en établissements non conventionnés : prise en charge globale plafonnée à 3500 € par an et par personne protégée, incluant les frais de séjour et la chambre particulière.

(6) 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).

(7) Le plafond biennal (1 consommation tous les deux ans) 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 €.

(8) Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

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

(10) Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

(11) Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage (9 mois) et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations

(12) Cette prestation est assurée par un assistant partenaire.