

COTISATIONS MENSUELLES 2020

valables jusqu'au 31/12/2020 par bénéficiaire

	Niveau 1 [DOM408]	Niveau 2 [DOM409]	Niveau 3 [DOM410]
< 60 ans	59,76 €	71,93 €	89,09 €
60 ans	67,16 €	80,86 €	100,11 €
61 ans	68,17 €	82,04 €	101,61 €
62 ans	69,21 €	83,24 €	103,15 €
63 ans	70,22 €	84,52 €	104,68 €
64 ans	71,29 €	85,77 €	106,24 €
65 ans	72,37 €	87,06 €	107,86 €
66 ans	73,45 €	88,37 €	109,48 €
67 ans	74,57 €	89,67 €	111,08 €
68 ans	75,70 €	91,03 €	112,80 €
69 ans	76,80 €	92,41 €	114,43 €
70 ans	77,94 €	93,80 €	116,20 €
71 ans	79,14 €	95,21 €	117,91 €
72 ans	80,33 €	96,60 €	119,72 €
73 ans	81,53 €	98,08 €	121,48 €
74 ans	82,74 €	99,51 €	123,29 €
75 ans	83,99 €	101,04 €	125,15 €
76 ans	85,27 €	102,54 €	127,03 €
77 ans	86,56 €	104,08 €	128,94 €
78 ans	87,82 €	105,65 €	130,88 €
79 ans	89,14 €	107,24 €	132,85 €
80 ans et +	90,46 €	108,84 €	134,82 €
Majoration par enfant à charge [gratuité à partir du 3 ^{ème}]	+20,13 €	+25,78 €	+33,59 €

Document non contractuel - Octobre 2019

CONFORME
**100%
SANTÉ**

Garantie à vie
Pas de délai de stage*
*Sur présentation d'un certificat de
radiation de votre ancienne mutuelle
de moins de deux mois.

Garantie santé **ENSEMBLE & SOLIDAIRES** UNRPA

Contrat à adhésion facultative réservé aux adhérents
Ensemble et solidaires - UNRPA-

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

CCMO SANTÉ
PRÉVOYANCE
MUTUELLE

 www.ccmo.fr

CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993 60014 BEAUVAIS
Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité n°780 508 073
ENSEMBLE & SOLIDAIRES - UNRPA - : 47 bis rue Kléber 93400 SAINT OUEN



CCMO SANTÉ
PRÉVOYANCE
MUTUELLE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.



Vous êtes **adhérent à l'association ENSEMBLE & SOLIDAIRES - UNRPA** -, alors ce dossier vous concerne.

L'UNRPA, soucieuse du bien-être de ses adhérents, a négocié pour vous un contrat collectif «frais de santé».

Pour en savoir plus, prenez contact avec votre Section Locale ou votre Fédération Départementale.

Francisco GARCIA
Président National

LA SANTÉ AU QUOTIDIEN



Vous souhaitez contacter la CCMO : **03 44 06 90 00**

Un tarif spécial pour les adhérents de **ENSEMBLE & SOLIDAIRES - UNRPA** -

Remboursements sous 48 heures
Traitement de votre dossier en télétransmission

Tiers payant

Pas d'avance de frais en pharmacie, hospitalisation en établissement conventionné, radiologie, analyses, optique, auxiliaires médicaux, transport ...

Pas de questionnaire médical

Aucune exclusion en raison de l'aggravation de votre état de santé

Suivi de vos remboursements

Un espace personnel et sécurisé sur www.ccmo.fr et sur l'appli santé CCMO

Assistance

Une assistance vie quotidienne en cas d'hospitalisation (garde d'animaux, aide-ménagère, portage de médicaments...) et une assistance rapatriement **03 44 06 90 90**.

Téléconsultation médicale 24h/24 7j/7



Extrait de garanties

Se référer au tableau 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.).

Hospitalisation

Régime Responsable				
REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE				
	Niveau 1 (DOM408)	Niveau 2 (DOM409)	Niveau 3 (DOM410)	
HONORAIRES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	175% BR	
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	155% BR	
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité [3]	(Plafond/jour)	65 €	80 €	100 €
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES				
Frais de séjour [2]				
Chambre particulière	(Plafond/jour limité à 3800€/an)	100% BR + 100 €	100% BR + 110 €	100% BR + 135 €
AUTRES PRESTATIONS				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [4]	(Plafond/jour)	35 €	40 €	50 €
Transport accepté par le R.O.		100% BR	100% BR	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. 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.

Extrait de garanties

Se référer au tableau 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.).

Soins courants

Régime Responsable				
REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE				
	Niveau 1 (DOM408)	Niveau 2 (DOM409)	Niveau 3 (DOM410)	
HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	100% BR	150% BR	175% BR	
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	100% BR	130% BR	155% BR	
HONORAIRES MEDICAUX SPECIALISTES / ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)				
Praticiens adhérents au DPTM [1]	150% BR	150% BR	175% BR	
Praticiens non adhérents au DPTM [1]	130% BR	130% BR	155% BR	
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	40 €	40 €	40 €
PARAMEDICAL				
Honoraires paramédicaux		100% BR	125% BR	150% BR
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie)	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	20 €	25 €	30 €
Pédicurie-podologie non remboursée par le R.O.	(Plafond/séance - maxi 4 séances/an)	20 €	25 €	30 €
ANALYSES ET EXAMENS				
Analyses et examens de biologie		100% BR	125% BR	150% BR
MEDICAMENTS - PHARMACIE				
Médicaments remboursés par le R.O.		100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie, homéopathie, phytothérapie prescrite autorisés, prescrits et non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	-	20 €	30 €
Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	50 €	50 €	50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12 €	12 €	12 €
Vaccins prescrits non remboursés par le R.O.	(Plafond/an)	60 €	60 €	60 €
MATERIEL MEDICAL				
Dispositifs médicaux et appareillages [5]		150% BR	200% BR	265% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]		100% BR	100% BR	100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.		455 €	555 €	655 €

[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] Poda orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

Dentaire

		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation)			
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		100% BR	125% BR	150% BR
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation pour les offres à tarifs maîtrisés)	150% BR	250% BR	370% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. [8]		80% BR	180% BR	300% BR
Dans la limite d'un plafond annuel de		1500 €	2000 €	3000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		150% BR	200% BR	250% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	-	200 €	400 €

[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]

		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [10]				
Monture + 2 verres				
Suppléments et prestations optiques CLASSE A [10]				
Equipements à tarif libre - CLASSE B				
Monture à tarif libre		100 €	100 €	100 €
1 verre simple		40 €	75 €	130 €
1 verre complexe ou très complexe		65 €	115 €	185 €
Equipements mixtes CLASSES A et B [11]				
Lentilles remboursées ou non par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 140 €	100% BR + 165 €	100% BR + 215 €

[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.

Aides auditives

		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]				
Aide auditive à tarif libre CLASSE II [13]	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)			
Adulte		800 €	900 €	1000 €
Enfant et personne atteinte de cécité		1700 €	1700 €	1700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires). Remboursés par le R.O.		150% BR	200% BR	265% BR

[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

		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Cure thermale remboursée par le R.O. [14]	(Plafond/an)	200 €	300 €	400 €

[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.

Allocation obsèques (allocation versée en fonction des revenus)

		1,70% PMSS	1,70% PMSS	1,70% PMSS
Si revenu < 35% PASS				
Si revenu compris entre 35% PASS et 55% PASS		1,25% PMSS	1,25% PMSS	1,25% PMSS
Si revenu compris entre 55% PASS et < 70% PASS		0,85% PMSS	0,85% PMSS	0,85% PMSS

PASS 2020 (Plafond Annuel Sécurité Sociale) = 41 088 €

Prévention

Les actes de prévention sont définis dans le cadre du respect des dispositions du contrat responsable et sont au moins remboursés au ticket modérateur. Votre garantie inclut les actes de prévention conformément aux dispositions du code de la Sécurité sociale.

Prestations en inclusion

		oui	oui	oui
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [15]				
Garantie Pass Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [15]		oui	oui	oui
Téléconsultation médicale des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 [15]		oui	oui	oui

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

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale. R.O. : Régime Obligatoire

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

N° adhérent :

[]

[]

Lettre recommandée avec AR

A

Le

Monsieur le Directeur,

Je vous notifie ma demande de résiliation de votre organisme l'échéance annuelle du,
en vertu des dispositions de loi n°2005-67 du 28 janvier 2005 dite "**Loi Châtel**".

En effet, je viens de recevoir mon avis d'échéance annuel envoyé par votre organisme le
(cachet de la poste).

M'inscrivant dans les 20 jours de votre envoi, je vous remercie de m'accuser réception de cette
demande et de m'adresser un certificat de radiation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e)

.....

Contrat n° Souhaite résilier mon contrat à sa date échéance sauf erreur de ma

Part le auprès de votre organisme.

Aussi je vous remercie de me faire parvenir mon certificat de radiation.

Vous en souhaitant bonne réception,

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.



RÉFORME 100% SANTÉ

Des soins dentaires, optiques et auditifs bientôt remboursés à 100%

Le 100% Santé, ou reste à charge zéro (RAC 0), a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en réduisant les restes à charge pour les patients en audiologie, optique et dentaire. En choisissant UN PANIER «100% SANTÉ», les soins et équipements seront intégralement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé.

Cette initiative du Gouvernement sera financée entièrement, pour les équipements et soins des paniers 100% Santé, par le Régime obligatoire et les complémentaires santé, en concertation avec les professionnels de santé et les fabricants.

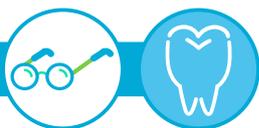
QUI EST CONCERNÉ ?

Toutes les personnes bénéficiant d'**UN CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE***. Dans ce cas, les professionnels de santé devront vous proposer des équipements avec des spécificités techniques minimales, pris en charge à 100%.

La CCMO remboursera la différence entre le prix facturé par le professionnel de santé et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers 100% Santé.

À PARTIR DE QUAND CETTE RÉFORME VA-T-ELLE S'APPLIQUER ?

2020



LE PANIER 100% SANTÉ OPTIQUE ainsi QU'UNE PARTIE DU PANIER 100% SANTÉ DENTAIRE seront effectifs à partir du 1^{ER} JANVIER 2020.

2021



POUR LE PANIER 100% SANTÉ AUDIOLOGIE, la mise en œuvre se fera PROGRESSIVEMENT JUSQU'EN 2021. LE PANIER 100% SANTÉ DENTAIRE sera quant à lui ENTièrement EFFECTIF.



LE + CCMO : LA CCMO A DÉCIDÉ D'APPLIQUER LE 100% SANTÉ SUR LES TROIS POSTES DÈS LE 1^{ER} JANVIER 2020 !

LE SAVIEZ-VOUS ?



LE RESTE À CHARGE, C'EST QUOI ?

$$\text{RESTE A CHARGE} = \text{DÉPENSE} - \text{REMBOURSEMENT}^*$$

*SÉCURITÉ SOCIALE ET MUTUELLE

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui restent à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé.

Le reste à charge est constitué du ticket modérateur, de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire, des éventuels dépassements d'honoraires, du forfait journalier hospitalier et des frais et soins non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.



CCMO PRÉVOYANCE
MUTUELLE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.



POUR L'OPTIQUE

Votre opticien devra vous présenter **2 DEVIS** :

- **UN DEVIS « 100% SANTÉ »** permettant le remboursement intégral des lunettes de vue à hauteur des prix limites de vente (30€ pour la monture et entre 32,50€ et 170€ pour les verres). Le panier sera composé de 35 montures pour les adultes et 20 pour les enfants.
- **UN DEVIS « PRIX LIBRES »** : les équipements seront remboursés sur la base du tarif de la Sécurité sociale et selon la garantie santé que vous avez souscrite auprès de votre complémentaire santé. La monture sera plafonnée à 100€ dans le respect du contrat responsable.



LA CCMO RESPECTERA L'ENSEMBLE DES DISPOSITIONS 100% SANTÉ, DÈS LE 1^{ER} JANVIER 2020.

VOUS SEREZ ALORS REMBOURSÉS INTÉGRALEMENT DE VOS LUNETTES SI VOUS CHOISISSEZ UN ÉQUIPEMENT DU PANIER 100% SANTÉ.



POUR LE DENTAIRE

Le dentiste pourra vous proposer jusqu'à **3 DEVIS** :

- **UN DEVIS « 100% SANTÉ »** permettant le remboursement intégral des bridges et couronnes à partir de 2020. La prise en charge dépendra des caractéristiques de la prothèse (métallique ou céramique) et de la localisation de la dent (visible ou non visible). Certains dentiers seront eux aussi intégralement remboursés à partir de 2021.
- **UN DEVIS « RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ »** : en le choisissant, vous bénéficierez d'un tarif plafonné pour un reste à charge modéré.
- **UN DEVIS « PRIX LIBRES »** pour choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués. Le dentiste ne sera pas obligé de respecter des plafonds de prix. Les soins et équipements seront remboursés sur la base du tarif de la Sécurité sociale et selon la garantie santé que vous avez souscrite auprès de votre complémentaire santé.

LA CCMO RESPECTERA L'ENSEMBLE DES DISPOSITIONS 100% SANTÉ, DÈS LE 1^{ER} JANVIER 2020.

A CETTE DATE, VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN REMBOURSEMENT INTÉGRAL DES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES DU PANIER 100% SANTÉ.



POUR L'AUDIOLOGIE

Votre audioprothésiste devra vous proposer **2 DEVIS** :

- **UN DEVIS « 100% SANTÉ »** permettant, en 2021, le remboursement de la totalité de vos prothèses, dans la limite de 950€ par oreille pour un adulte tous les 4 ans. En attendant, le plafond des tarifs sera fixé à 1300€ pour un adulte, et le remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de la mutuelle, augmenté de 50€ dès 2019. En 2020, les tarifs seront plafonnés à 1100€ pour un adulte.
- **UN DEVIS « PRIX LIBRES »** : les équipements seront remboursés sur la base du tarif de la Sécurité sociale et selon la garantie santé que vous avez souscrite auprès de votre complémentaire santé. Le montant cumulé remboursé par la Sécurité sociale et la complémentaire santé ne pourra pas dépasser 1700€ par oreille appareillée.

LA CCMO A DÉCIDÉ D'APPLIQUER LE RAC 0 EN AUDIOLOGIE DÈS LE 1^{ER} JANVIER 2020 !

VOUS BÉNÉFICIEZ DONC D'UN REMBOURSEMENT INTÉGRAL DE VOS AIDES AUDITIVES DU PANIER 100% SANTÉ AU 1^{ER} JANVIER 2020, AU LIEU DU 1^{ER} JANVIER 2021.

POUR ALLER PLUS LOIN...

QU'EN EST-IL DE LA QUALITÉ DES ÉQUIPEMENTS DES PANIERS 100% SANTÉ ?

Les matériaux et équipements qui font partie des paniers 100% Santé respectent des normes de qualité imposées par la réglementation permettant de répondre aux besoins des patients.

MA SURCOMPLÉMENTAIRE M'EST-ELLE TOUJOURS UTILE ?

100% Santé ne signifie pas 100% gratuit et 100% des soins. Le 100% Santé s'applique seulement à certains soins et équipements. Les dépassements d'honoraires et les prestations non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire existeront toujours.

• **100% SANTÉ** ne veut pas dire

- **100% GRATUIT**
- **100% DES FRANÇAIS**
- **100% DES SOINS**
- **100% PRIS EN CHARGE** par la Sécurité sociale

EN SAVOIR PLUS SUR WWW.CCMO.FR

CCMO SANTÉ PRÉVOYANCE
MUTUELLE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.



Besoin de Tiers Payant avec un professionnel de santé*

La **CCMO** peut vous faire bénéficier de son service de **Tiers Payant** avec les professionnels de santé. Vous êtes ainsi **dispensés de l'avance d'une partie des frais**.

Ce service est très étendu puisque **100 000 professionnels de santé** nous font déjà confiance. Cependant certains professionnels de santé que vous côtoyez ne travaillent peut-être pas encore avec la CCMO.

C'est pourquoi nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le **questionnaire** au verso de ce document complété avec les coordonnées de ces professionnels de santé afin que nous prenions contact avec eux pour établir, le cas échéant, et s'ils en conviennent, les conventions de Tiers Payant.

Enfin, un formulaire **«Besoin de Tiers Payant avec un professionnel ? »** est à votre disposition sur votre espace adhérent du site **www.ccmo.fr** pour vous permettre à tout moment de nous communiquer les coordonnées d'un nouveau professionnel de santé.

Merci pour votre contribution à l'amélioration du service.

* Les professionnels de santé concernés sont : les pharmaciens, les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les opticiens, les auxiliaires médicaux (kinés, infirmiers, orthophonistes), les hôpitaux et cliniques privées, les ambulanciers et parfois les dentistes.

Siège social
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
CS 50993
60014 Beauvais Cedex
Tél. : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01
Site : www.ccmo.fr
Courriel : accueil@ccmo.fr
Mutuelle soumise au Livre II
du Code de la Mutualité
N° 780508073

Document à retourner à l'adresse suivante :
CCMO Mutuelle - Service Professionnels de santé
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
CS 50993
60014 BEAUVAIS Cedex

Ce questionnaire s'adresse à vous, ainsi qu'aux membres de votre famille

► Dans quelle pharmacie avez-vous l'habitude de vous rendre ?

Nom Tél.
Adresse

► Quel est votre médecin radiologue ?

Nom Tél.
Adresse

► Dans quel centre optique ou chez quel opticien avez-vous l'habitude de vous rendre ?

Nom Tél.
Adresse

► Dans quel centre dentaire ou chez quel dentiste avez-vous l'habitude de vous rendre ?

Nom Tél.
Adresse

► Quel est votre laboratoire d'analyses médicales ?

Nom Tél.
Adresse

► Si vous avez été admis dans un centre hospitalier ou une clinique privée :

Nom Tél.
Adresse

► Vous consultez peut-être d'autres professionnels de santé

[masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier, orthoptiste]

Nom Tél.
Adresse

Merci de votre collaboration

► Si vous souhaitez être personnellement informé du résultat de nos démarches :

Madame Nom
 Monsieur Prénom
Adresse
Courriel @