

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat complémentaire santé font l'objet d'un traitement conforme aux obligations prévues par le Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016. Par la signature du présent bulletin, je consens au traitement de mes données personnelles et de celles de mes ayants droit. Je peux retirer à tout moment mon consentement. Les données personnelles sont traitées par les salariés de CCMO Mutuelle chargés de la gestion et l'exécution des contrats et par ses éventuels partenaires. Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion du contrat frais de santé, finalité du traitement, ou pour satisfaire à ses obligations légales (délai de prescription). Je peux demander l'accès, la rectification, l'effacement, la limitation et la portabilité de mes données ou encore m'opposer à leur traitement en m'adressant au Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 Beauvais Cedex ou courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, je peux également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En outre, conformément au décret n°2015-556, je dispose aussi d'un droit d'inscription sur les listes d'opposition au démarchage téléphonique.

ARRÊTÉ DU 6 MAI 2020 SUR LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS RELATIVES AUX FRAIS DE GESTION

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie ou un accident, et le montant des cotisations afférentes à ces garanties, qui représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la CCMO au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités et qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties, s'élève à 80%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, et le montant des cotisations afférentes à ces garanties, et représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la CCMO au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités et qui est utilisée pour le financement des frais de gestion, s'élève à 19%.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à la CCMO dans le respect des garanties contractuelles.

RÉSILIATION INFRA ANNUELLE

L'adhésion au contrat complémentaire santé CCMO est renouvelée chaque année par tacite reconduction. Si je ne souhaite pas la reconduire, je peux à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa prise d'effet, la résilier sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après que la CCMO en ait reçu notification.

Je peux, en cas de contrat collectif facultatif, transmettre cette notification en m'adressant au service résiliation par courrier: CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 BEAUVAIS Cedex, ou par mail à resiliation-entreprise@ccmo.fr.

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.

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

Maîtriser nos dépenses de santé, c'est dans notre intérêt !

Pourquoi ? Comment ?

CCMO Mutuelle est **un organisme qui n'a pas vocation à faire des bénéfices**.
Les cotisations pour votre mutuelle santé permettent le remboursement de vos soins. En conséquence,

si les dépenses de santé augmentent, les cotisations augmentent

En adoptant **chacun**, un comportement **responsable** (devis comparatifs, changement de lunettes uniquement en cas de besoin...) nous bénéficierons **tous** d'une **meilleure** maîtrise des cotisations.

Pour vous aider, ci-dessous quelques éléments de comparaison et des liens internet utiles :

Etre bien informé pour mieux gérer ses dépenses de santé

Tarifs moyens constatés par CCMO Mutuelle* pour ses adhérents



Consultation de spécialiste CAS**

Tarif : 44 €

Consultation de spécialiste non CAS**

Tarif : 41 €



Couronne dentaire

Tarif : 626 €



Monture de lunettes adulte

Tarif : 154 €

Un verre simple (lunettes adulte)

Tarif : 110 €

Un verre progressif (lunettes adulte)

Tarif : 246 €

Et vous, combien payez-vous ?

Infos pratiques

<http://annuaire.sante.ameli.fr>

Site de la Sécurité sociale qui vous permet de trouver un professionnel de santé à l'aide de différents critères (spécialité, prix...)

www.mutualite.fr

www.picardie.mutualite.fr

Sites de la Mutualité française répertoriant les centres mutualistes où les tarifs pratiqués sont compétitifs

CCMO SANTÉ
PRÉVOYANCE
MUTUELLE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.



**ENSEMBLE
& SOLIDAIRES**
UNRPA

CCMO Mutuelle – Siège social : 6 avenue du Beauvais – PAE du Haut-Villé, CS 50993, 60014 Beauvais Cedex.

Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité N° 780508073

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 @