EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Remboursement R.O.	Remboursements maximums théoriques CCMO Mutuelle (dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins) NIVEAU 1 DOM0408	NIVEAU 2 DOM0409	NIVEAU 3 DOM0410
SOINS COURANTS				
Consultation d'un **spécialiste adhérent au DPTM***	20 €	20,50 €	20,50 €	23 €
Consultation d'un **spécialiste non adhérent au DPTM***	15,10 €	13,80 €	13,80 €	19,55 €
DENTAIRE				
100% SANTÉ **PROTHÈSE 100% SANTÉ** Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1ère prémolaire	84 €	Frais réels		
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	84 €	96 €	216 €	360 €
OPTIQUE				
100% SANTÉ **ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ** une paire de lunettes adulte à verres **simples** (unifocaux classe A sphère de -4,00 à -6,00)	22,50 €	Frais réels		
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres **complexes**	0,09 €	229,91 €	329,91 €	469,91 €

*Pour savoir si votre médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM), rendez-vous sur www.ameli.fr.

COTISATIONS MENSUELLES 2024

valables jusqu'au 31/12/2024 par bénéficiaire

	Niveau 1 DOM0408	Niveau 2 DOM0409	Niveau 3 DOM0410
< 60 ans	70,59 €	84,97 €	105,27 €
60 ans	79,34 €	95,52 €	118,28 €
61 ans	80,55 €	96,94 €	120,04 €
62 ans	81,76 €	98,36 €	121,89 €
63 ans	82,95 €	99,86 €	123,68 €
64 ans	84,21 €	101,34 €	125,52 €
65 ans	85,49 €	102,87 €	127,43 €
66 ans	86,77 €	104,42 €	129,36 €
67 ans	88,09 €	105,94 €	131,25 €
68 ans	89,44 €	107,54 €	133,28 €
69 ans	90,73 €	109,18 €	135,21 €

	Niveau 1 DOM0408	Niveau 2 DOM0409	Niveau 3 DOM0410
70 ans	92,08 €	110,82 €	137,29 €
71 ans	93,51 €	112,49 €	139,30 €
72 ans	94,89 €	114,13 €	141,45 €
73 ans	96,32 €	115,88 €	143,52 €
74 ans	97,76 €	117,57 €	145,67 €
75 ans	99,22 €	119,40 €	147,86 €
76 ans	100,75 €	121,16 €	150,09 €
77 ans	102,28 €	122,97 €	152,33 €
78 ans	103,75 €	124,83 €	154,63 €
79 ans	105,32 €	126,71 €	156,96 €
80 ans et +	106,87 €	128,60 €	159,30 €

	Niveau 1 DOM0408	Niveau 2 DOM0409	Niveau 3 DOM0410
Majoration par enfant à charge (gratuité à partir du 3ème)	23,77 €	30,47 €	39,66 €

UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

Consultez votre espace sécurisé

Rendez-vous sur **www.ccmo.fr**

Téléchargez l'appli santé CCMO

Disponible sur l'App Store — DISPONIBLE SUR Google Play

Contactez-nous

Nos **téléconseillers** basés à Beauvais sont disponibles **6j/7** au **03 44 06 90 00**

Nos **conseillers** vous accueillent également **en agence**. Retrouvez les coordonnées et les horaires sur **www.ccmo.fr**

Suite Extrait des garanties

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 MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

www.ccmo.fr

CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993 60014 BEAUVAIS
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité n°780 508 073
et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Pl. de Budapest, 75009 Paris.
ENSEMBLE & SOLIDAIRES - UNRPA - : 47 bis rue Kléber 93400 SAINT OUEN

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Document non contractuel - 2024 - A18001-13 - GRAPHIPROD

Garantie santé
ENSEMBLE & SOLIDAIRES
UNRPA

Contrat à adhésion facultative réservé aux adhérents
Ensemble & Solidaires - UNRPA-

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

LES GARANTIES SANTÉ

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

CONFORME 100% SANTÉ

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

Soucieuse du bien-être de ses adhérents, l'association a négocié pour vous un contrat collectif «frais de santé».

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

Roger PERRET
Président National

LES AVANTAGES DE VOTRE CONTRAT

Des conditions d'adhésion privilégiées

- Un tarif spécifique pour les adhérents à l'association Ensemble & Solidaires UNRPA
- Pas de questionnaire médical
- **Pas de délai de carence** (sur présentation d'un certificat de radiation de votre ancienne mutuelle de moins de 2 mois)

Une qualité de gestion connue et reconnue

- Un service **gestion** basé au siège de la CCMO **à** Beauvais
- Pas d'avance de frais avec le tiers payant
- Des remboursements **en 48h par télétransmission**

Des services inclus* pour vous accompagner 24h/24 7j/7

- Assistance au **03 44 06 90 90** en cas d'hospitalisation ou de déplacement à l'étranger
- Téléconsultation médicale Des médecins disponibles par téléphone 24h/24, 7j/7

* Voir le détail des conditions au sein de la notice d'information correspondante.

Extrait de garanties

Se référer aux tableaux 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.).

Régime Responsable

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE		
		Niveau 1 (DOM0408)	**Niveau 2** (DOM0409)	**Niveau 3** (DOM0410)
• Hospitalisation				
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
Forfait patient urgences		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 maîtrisé) 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 aux tableaux 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.).

Régime Responsable

		REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE		
		Niveau 1 (DOM0408)	**Niveau 2** (DOM0409)	**Niveau 3** (DOM0410)
• Soins courants				
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 6 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.	(Plafond/an)	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] Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

• Dentaire				
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [7]	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
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 (Une fois le plafond annuel atteint, les prothèses dentaires remboursées par le R.O. seront prises en charge à 125% BR)		1500 €	2000 €	3000 €
Orthodontie remboursée par le R.O.		150% BR	200% BR	250% BR
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O. *(l'implantologie se définit comme une racine artificielle directement vissée dans l'os de la mâchoire. Le poste implantologie couvre donc la fourniture et la pose de la vis et du pilier implantaire)*	(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]				
Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [10]	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
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]		Se référer aux postes correspondants		
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'appairage 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				
Aides auditives 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE I [12]	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aide auditive à tarif libre CLASSE II [13]				
Adulte		800 €	900 €	1000 €
Enfant et personne atteinte de cécité		1 700 €	1 700 €	1 700 €
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				
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 sous réserve de communiquer au préalable l'avis d'imposition sur les revenus de l'année N-1)			
Si revenu < 35% PASS	1,70% PASS	1,70% PASS	1,70% PASS
Si revenu compris entre 35% PASS et 55% PASS	1,25% PASS	1,25% PASS	1,25% PASS
Si revenu compris entre 55% PASS et < 70% PASS	0,85% PASS	0,85% PASS	0,85% PASS

• 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			
Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [15]	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7 [15]	oui	oui	oui

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

PASS : Plafond Annuel des cotisations de la Sécurité Sociale. **R.O. :** Régime Obligatoire

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Bulletin individuel d'adhésion

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

CCMO Mutuelle

Siège social et correspondance
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 : adhesion@ccmo.fr

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

⚠ Exemplaire à nous retourner avec votre **RIB-IBAN**, le **certificat de radiation** de votre ancienne mutuelle, la photo-copie de votre **attestation Sesam-Vitale** et **le mandat SEPA** complétée et signée.

Fédération : ..... | Section isolée : .....
Section de : ..... | (si vous n'êtes pas rattaché à une fédération)

N° de collectivité : **UA _ _ _**

Option choisie : ❑ Option 1 : DOM408 ❑ Option 2 : DOM409 ❑ Option 3 : DOM410

Date d'adhésion : 01/ /20

Avez-vous déjà adhéré à la CCMO ? ❑ Oui ❑ Non Si oui, ancien N° mutuelle :

ADHÉRENT

❑ Madame ❑ Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... N° SS : ❑ REFUS ECHANGE NOEMIE ❑ Régime Alsace Moselle

Organisme d'affiliation : ⚠ **Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droits de votre Régime obligatoire**

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Courriel : .....

Situation de famille : ❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Pacsé(e)* ❑ Concubin(e)* ❑ Divorcé(e) ❑ Veuf(ve) * justificatifs à fournir

❑ Régime Alsace Moselle

Conjoint, concubin(e), ou pacsé(e)							
Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance			Organisme d'affiliation	N° Régime Obligatoire	Refus Echange NOEMIE
		M/F	Jour	Mois	Année			
							❑

❑ Régime Alsace Moselle

Personnes à charge (enfants, ...)							
Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance			Organisme d'affiliation	N° Régime Obligatoire	Refus Echange NOEMIE
		M/F	Jour	Mois	Année			
							❑
							❑
							❑
							❑
							❑

Après avoir pris connaissance des Statuts, du Règlement mutualiste santé et de la notice d'information, je déclare adhérer à CCMO Mutuelle et sous-crire pour moi-même ainsi que les personnes ci-dessus désignées, aux garanties indiquées et aux conditions du contrat collectivité, auprès de CCMO Mutuelle. Je m'engage à respecter un sociétariat minimum d'un an. Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.

Sauf notification expresse de ma part, j'accepte que le règlement de mes prestations soit effectué par télétransmission entre CCMO Mutuelle et le Régime obligatoire dont je dépends.

À : ....., le .....

Signature de l'adhérent précédée de la mention «lu et approuvé» :

Cachet de la fédération ou de la section isolée :

Ref : B12749 - Septembre 2020

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.

Mandat de prélèvement SEPA

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CCMO Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CCMO Mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Organisme créancier :	6, avenue du Beauvaisis
CCMO Mutuelle	PAE du Haut-Villé CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

Identifiant Créancier SEPA	**FR42ZZZ394529**

Titulaire du compte

Nom du payeur : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

Paiement récurrent / répétitif ☑ paiement ponctuel / unique ☐

Compte à débiter

BIC

IBAN

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance. Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

A : ..... Le : _____/_____/_____

Signature :

« Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité - N°780508073 - Réf. : C10205-6 - Avril 2016

Exemplaire à nous retourner

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

MANDAT DE RÉSILIATION INDIVIDUEL

Assuré principal

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

DONNE MANDAT Exprès à :

CCMO Mutuelle - 6 avenue du Beauvaisis -PAE du Haut-Villé - 60000 BEAUVAIS.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, enregistrée au répertoire Sirène sous le n°780 508 073

Représentée par Xavier LARDEUX, Directeur commercial et marketing, qui accepte d'exercer le mandat et atteste avoir les capacités et qualités d'exercer tous les droits requis pour la conclusion et l'exécution de ce contrat.

Pour l'exécution de l'ensemble des démarches nécessaires à la résiliation du (des) contrat(s) frais de santé

n° : souscrit(s) auprès de l'organisme assureur actuel

Dénomination sociale :

Adresse :

n° RCS/SIREN ou SIRET :

à compter de la date de signature du présent mandat et uniquement pour permettre la souscription de nouveaux contrats frais de santé à effet du :

OBLIGATIONS DU MANDATAIRE

CCMO Mutuelle s'engage à exécuter personnellement son mandat dans le meilleur intérêt du mandant et à ne pas agir dans son intérêt propre, ni dans celui d'un tiers et dans les limites des pouvoirs qui lui ont été conférés par le présent mandat, et ce, conformément aux lois en vigueur.

CCMO Mutuelle s'engage à informer le mandant de toute situation le justifiant, ou à la demande de celui-ci, de l'état de l'exécution du mandat.

OBLIGATIONS DU MANDANT

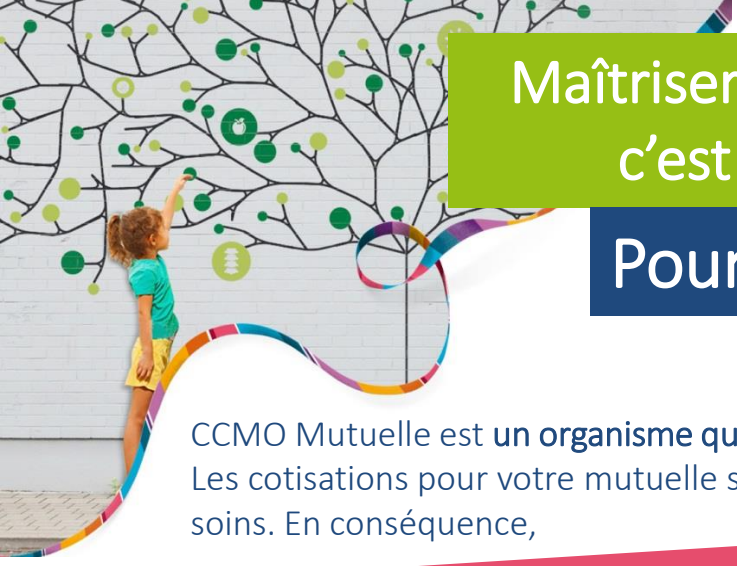
Le mandant s'engage à tout mettre en œuvre afin de faciliter l'exercice des missions de la CCMO, notamment de lui communiquer l'ensemble des informations strictement nécessaires à l'exécution de son mandat.

Fait à , le :

en deux exemplaires

Mention manuscrite « Bon pour Mandat »

Septembre 2022



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://annuairesante.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

*Données statistiques CCMO 2019 **CAS = Contrat d'Accès Aux Soins – Document non contractuel*

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

ENSEMBLE & SOLIDAIRES UNRPA

CCMO Mutuelle – Siège social : 6 avenue du Beauvaisis – PAE du Haut-Villé, CS 50993, 60014 Beauvais Cedex.
Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité N° 780508073

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE

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

MUTUALITÉ FRANÇAISE

→...

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

☐ Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Courriel _____ @

☐ J'accepte de recevoir des informations de la part de CCMO Mutuelle.

Conformément à la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toute information vous concernant, qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la CCMO, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés, en vous adressant au siège de CCMO Mutuelle situé
6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex.