



ArcelorMittal

Garanties santé

Contrat collectif à adhésion facultative

BESOIN D'UNE  
**VRAIE MUTUELLE** ?  
VOUS PROTÉGER, C'EST NOTRE MÉTIER !



CONFORME  
**100%  
SANTÉ**

**CCMO** SANTÉ  
PRÉVOYANCE  
**MUTUELLE**

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.





# LES GARANTIES SANTÉ ARCELORMITTAL

Un contrat collectif à adhésion facultative entre le Comité Social et Economique d'Arcelor Mittal et la CCMO a été conclu le 29 novembre 1999. Ce dernier vous permet de bénéficier lors de votre départ en retraite d'une couverture santé sans délai de stage\*.

Nous attirons votre attention sur le fait que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 ce contrat est indépendant de celui des actifs.

## LES AVANTAGES DE VOTRE CONTRAT



Des garanties spécifiques pour les retraités ArcelorMittal



Une cotisation adaptée à votre situation familiale

### 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



Téléconsultation médicale au 09 74 59 45 40. 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

Régime Responsable  
REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANTE  
RÉGIME DE BASE  
DOM0038

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

<b>HONORAIRES</b>		
Praticiens adhérents au DPTM [1]		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		130% BR
<b>ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES</b>		
Frais de séjour [2]		Frais réels
<b>ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES</b>		
Frais de séjour [2]	(Plafond/jour limité à 3500€/an)	100% BR + 125 €
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Forfait Patient Urgence (FPU)		Frais réels
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans ; adulte > 75 ans [3]	(Plafond/jour)	35 €
Transport remboursé par le R.O.		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] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans

### • Soins courants

<b>HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES / SPECIALISTES</b>		
Praticiens adhérents au DPTM [1]		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		130% BR
<b>ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)</b>		
Praticiens adhérents au DPTM [1]		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		130% BR
Forfait sur les actes dits "lourds"		Frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	(Plafond/an)	40 €
<b>PARAMEDICAL</b>		
Honoraires paramédicaux		100% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>		
Analyses et examens de biologie		100% BR
<b>MEDICAMENTS - PHARMACIE</b>		
Médicaments remboursés par le R.O.		100% BR
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	(Plafond/an)	12 €
<b>MATERIEL MEDICAL</b>		
Dispositifs médicaux et appareillages [4]		265% BR
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique remboursé par le R.O.) [5]		100% BR
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.	(Plafond/an)	230 €


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

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

## EXTRAIT DE GARANTIES (SUITE)


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.).

## Dentaire

 Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis réglementairement [6]	(Plafond limité aux honoraires limites de facturation)	Frais réels
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)		100% 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)	370% BR Maxi 2 290 € par an
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. [7]		150% BR
Orthodontie remboursée par le R.O.		250% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O.		150% 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 pose de l'implant et le pilier implantaire)	(Plafond/an)	600 €

[6] 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. [7] 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 [8]

 Equipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [9]	(1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels
Monture + 2 verres		
Suppléments et prestations optiques CLASSE A [9]		
Equipements à tarif libre - CLASSE B		
Monture		100 €
1 verre simple		60 €
1 verre complexe ou très complexe		140 €
Equipements mixtes CLASSES A et B [10]		Se référer aux postes correspondants
Lentilles remboursées ou non par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 275 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) [par œil] hors honoraires	(Plafond/an)	152 €

[8] 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.

[9] Monture, verres, prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appareillage 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. [10] 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 1 [11]	(1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation)	Frais réels
Aide auditive à tarif libre [12]		
Adulte		900 €
Enfant et personne atteinte de cécité		1 700 €
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) Remboursés par le R.O.		

[11] Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018. [12] Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

## Cure

Cure thermale remboursée par le R.O. [13]	(Plafond/an)	400 €
---	--------------	-------

[13] 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.

## Allocations [15]

Allocation naissance ou adoption [enfant < 10 ans] [14]	(Allocation forfaitaire)	230 €
Obsèques [allocation versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite]		305 €

[14] Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples.

## Prévention [15]







[15] 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 [16]		oui
Téléconsultation médicale : des médecins disponibles par téléphone 24h/24 et 7j/7 [16]		oui

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

## MODULE FACULTATIF (DOM0038.1) \*\*

 Chambre particulière (y compris maternité [8])	92€ Par jour pour l'hospitalisation	 Psychothérapie 4 séances maxi par an	20€/séance
 Substituts nicotiques non remboursés par le R.O.	60€/an	 Ostéopathie, chiropractie, étioopathie acupuncture, diététicien, homéopathie 4 séances maxi par an	30€/séance
 Appareillage post opératoire non remboursé par le R.O.	50€/an	 Analyses hors nomenclature	300€/an

\*\*En cas d'adhésion simultanée au module et à la garantie de base, le délai de stage du module facultatif sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation. Toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage tels que définis dans les Conditions Générales applicables aux contrats collectifs complémentaire santé.

## DOCUMENTS À FOURNIR

Pour saisir votre adhésion, nous avons besoin des documents suivants :

- Un bulletin d'adhésion (à faire tamponner par votre CSE)
- Une pièce d'identité (La carte nationale d'identité, Le passeport, Le permis de conduire européen, Le titre de séjour ou Le récépissé en cours de validité)
- Une copie de l'attestation de droits au Régime Obligatoire de tous les bénéficiaires du contrat,
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (Facture d'eau ou d'électricité, ou avis d'imposition, justificatif de

taxe d'habitation, attestation d'assurance du logement)

- Un justificatif de situation de famille (copie du Livret de famille, attestation de vie maritale ou PACS, extrait de naissance des enfants)
- Un certificat de scolarité, ou contrat d'apprentissage ou attestation à Pôle Emploi, une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal pour les ascendants et les descendants pour vos enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans

Le jugement de mise sous tutelle ou curatelle pour les mineurs et majeurs protégés,

Un certificat de radiation datant de moins de deux mois de l'ancienne mutuelle ou assurance complémentaire pour les ayants droit, si leur demande d'affiliation à titre facultative n'intervient pas dans les trois mois qui suivent la date d'effet du contrat obligatoire souscrit par l'employeur ou la date d'affiliation du salarié,

Pour le versement de vos cotisations par prélèvement automatique :

- Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé, accompagné de votre RIB IBAN

Pour le remboursement de vos prestations



- Un RIB IBAN si celui-ci est différent du compte servant au prélèvement des cotisations.

Si vous optez pour le paiement par chèque :

- Un chèque correspondant à la fréquence de règlement choisi et libellé à l'ordre de CCMO Mutuelle.

# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Remboursements maximums théoriques CCMO Mutuelle (dans la limite des frais engagés et dans le respect du parcours de soins)

	Remboursement R.O.	NIVEAU 1 DOM0038
<b>SOINS COURANTS</b>		
Consultation d'un spécialiste adhérent au DPTM***	21,05 €	20,95 €
Consultation d'un spécialiste non adhérent au DPTM***	15,10 €	13,80 €
<b>DENTAIRE</b>		
 <b>PROTHÈSE 100% SANTÉ</b> Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 <sup>ère</sup> prémolaire	72 €	Frais réels
<b>PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE</b> Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	72 €	372 €
<b>OPTIQUE</b>		
 <b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ</b> une paire de lunettes adulte à verres <b>simples</b> (unifocaux classe A sphère de -4,00 à -6,00)	22,50 €	Frais réels
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE</b> une paire de lunettes adulte à verres <b>simples</b>	0,09 €	220 €
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE</b> une paire de lunettes adulte à verres <b>complexes</b>	0,09 €	380 €

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

## COTISATIONS MENSUELLES 2024 valables jusqu'au 31/12/2024

### Tarifs mensuels de la garantie DOM0038

	ISOLÉ	FAMILLE		ISOLÉ	FAMILLE
56 ans et -	77,40 €	154,52 €	65 ans	92,72 €	185,43 €
57 ans	78,90 €	157,70 €	66 ans	94,56 €	189,27 €
58 ans	80,47 €	160,97 €	67 ans	96,53 €	193,08 €
59 ans	82,26 €	164,35 €	68 ans	98,50 €	197,13 €
60 ans	83,84 €	167,58 €	69 ans	99,53 €	198,98 €
61 ans	85,53 €	171,14 €	70 ans	100,52 €	200,95 €
62 ans	87,29 €	174,59 €	71 ans	101,57 €	202,99 €
63 ans	89,07 €	178,06 €	72 ans et +	102,49 €	205,15 €
64 ans	90,94 €	181,78 €			

### Tarifs mensuels du module facultatif DOM0038.1

ISOLÉ	FAMILLE
26,44 €	39,76 €

## UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

### Consultez votre espace sécurisé



Rendez-vous sur [www.ccmo.fr](http://www.ccmo.fr)



Téléchargez l'appli santé CCMO



### 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](http://www.ccmo.fr)

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