



ArcelorMittal

Garanties santé

Contrat collectif à adhésion facultative

BESOIN D'UNE VRAIE MUTUELLE ?

VOUS PROTÉGER, C'EST NOTRE MÉTIER !



CONFORME
100%
SANTÉ

CCMO
MUTUELLE



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^{er} 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



Deuxième avis médical d'un expert en moins de 7 jours

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

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.).

Régime Responsable
REMBOURSEMENTS MUTUELLE INCLUANT LE RÉGIME DE BASE
DOM0038

Hospitalisation

HONORAIRES		
Praticiens adhérents au DPTM [1]		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		130% BR
ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES		
Frais de séjour [2]		Frais réels
ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES		
Frais de séjour [2]	[Plafond/jour limité à 3500€/an]	100% BR + 125 €
AUTRES PRESTATIONS		
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 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] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans

Soins courants

HONORAIRES MEDICAUX GENERALISTES / SPECIALISTES		
Praticiens adhérents au DPTM [1]		150% BR
Praticiens non adhérents au DPTM [1]		130% BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)		
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 €
PARAMEDICAL		
Honoraires paramédicaux		100% BR
ANALYSES ET EXAMENS		
Analyses et examens de biologie		100% BR
MÉDICAMENTS - PHARMACIE		
Médicaments remboursés par le R.O.		100% BR
Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le R.O.		100% BR
Vaccin anti-grippe non remboursé par le R.O.	[Plafond/an]	12 €
MATERIEL MEDICAL		
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] Podo orthèses, orthoprotthèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et châssis.

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 dé 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]

 Équipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement - CLASSE A [9]		Frais réels
Monture + 2 verres		
Suppléments et prestations optiques CLASSE A [9]		
Équipements à tarif libre - CLASSE B		
Monture	[1 équipement tous les 2 ans ou tous les ans à compter de la dernière consommation]	
1 verre simple		100 €
1 verre complexe ou très complexe		60 €
Équipements mixtes CLASSES A et B [10]		140 €
Lentilles remboursées ou non par le R.O.	[Plafond/an]	Se référer aux postes correspondants
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie) [par œil] hors honoraires	[Plafond/an]	100% BR + 275 € 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'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. [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]		Frais réels
Aide auditive à tarif libre [12]	[1 aide auditive/oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation]	
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)		265% BR
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 €
[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.		
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
Second avis médical : en cas de maladie grave, rare ou invalidante, obtenez l'avis d'un médecin référent en moins de 7 jours [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	
[8] 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		
 Substituts nicotiniques non remboursés par le R.O.	60€/an	
 Appareillage post opératoire non remboursé par le R.O.	50€/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 document suivants :

- Un bulletin d'adhésion (à faire tamponner par votre CSC)
- 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 ascendantes 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 facultatif 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
- 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

SOINS COURANTS

Consultation d'un ophtalmologue adhérent au DPTM***	20,05 €	20,95 €
Consultation d'un ophtalmologue non adhérent au DPTM***	14,10 €	13,80 €

DENTAIRE

 PROTHÈSE 100% SANTÉ Pose d'une couronne céramo-métallique sur une 1 ^{ère} prémolaire	72 €	Frais réels
PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ REMBOURSÉE Pose d'une couronne céramo-métallique sur une molaire	72 €	372 €

OPTIQUE

 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 simples	0,09 €	220 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE À TARIF LIBRE une paire de lunettes adulte à verres complexes	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.

COTISATIONS MENSUELLES 2025

valables jusqu'au 31/12/2025

Tarifs mensuels de la garantie DOM0038

	ISOLÉ	FAMILLE
56 ans et -	82,75 €	165,18 €
57 ans	84,33 €	168,57 €
58 ans	86,03 €	172,07 €
59 ans	87,95 €	175,69 €
60 ans	89,62 €	179,13 €
61 ans	91,43 €	182,94 €
62 ans	93,32 €	186,65 €
63 ans	95,23 €	190,34 €
64 ans	97,21 €	194,32 €

	ISOLÉ	FAMILLE
65 ans	99,12 €	198,23 €
66 ans	101,09 €	202,32 €
67 ans	103,18 €	206,39 €
68 ans	105,29 €	210,73 €
69 ans	106,38 €	212,71 €
70 ans	107,46 €	214,81 €
71 ans	108,57 €	216,99 €
72 ans et +	109,57 €	219,29 €

Tarifs mensuels du module facultatif DOM0038.1

ISOLÉ	FAMILLE
28,28 €	42,50 €

UNE QUESTION, UN RENSEIGNEMENT ?

Consultez votre espace sécurisé



Rendez-vous sur
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

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 fixée par l'article R.160-19 du Code de la Sécurité sociale 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 sont 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 : 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.



CCMO
MUTUELLE