

Préparez votre retraite

SEREINEMENT

avec la CCMO !

Le guide complet de la protection
sociale des futurs retraités



CCMO
MUTUELLE

INTRODUCTION

Le départ en retraite est une étape importante de la vie, et celui-ci doit être préparé en amont pour que votre fin de carrière soit facilitée.

Il est important de bien s'informer sur vos droits afin de préparer les changements occasionnés par votre départ en retraite.

La CCMO a rédigé ce guide pour vous transmettre toutes les informations essentielles pour préparer sereinement votre départ en retraite, et d'anticiper au mieux les changements de votre protection sociale.

C'est en toute transparence, que ce guide vous donnera tous les conseils pour appréhender et comprendre tous les aspects de votre future complémentaire santé et votre prévoyance.

CCMO Mutuelle a pour vocation de vous accompagner au quotidien toutes les étapes de la vie, en devenant la Mutuelle de toutes les générations.

Créée en 1943, CCMO Mutuelle s'adresse à tous en matière de santé et de prévoyance : particuliers, salariés d'entreprise, retraités, travailleurs non salariés.

Elle couvre aujourd'hui plus de 170 000 personnes en santé et prévoyance. 50% d'individuels, 50% en entreprises et collectivités de toutes tailles, de l'industrie aux services, de la structure associative ou de la PME locale à la multinationale.

CCMO Mutuelle exerce le métier d'assurance santé en défendant au quotidien ses valeurs mutualistes fondées sur la solidarité et le respect de la personne humaine, l'absence de recherche de profit, la proximité et la non sélection du risque. Au-delà de l'activité spécifique à toute mutuelle, CCMO Mutuelle assure un rôle d'acteur santé.

SOMMAIRE

- 1.** Je pars à la retraite, quelles démarches ?
- 2.** Que dois-je prévoir pour me protéger ?
- 3.** Comprendre la mutuelle pour bien la choisir
- 4.** Les solutions CCMO Mutuelle

JE PARS À LA RETRAITE, QUELLES DÉMARCHES ?



En 2023, la France comptait 17 millions de retraités.^[1]

Étape importante de la vie, le départ à la retraite se prépare et s'anticipe pour pouvoir vivre cet événement sereinement.

Mais comment s'y prendre lorsque la fin de carrière approche ? Quelles démarches entreprendre ? Voici quelques éléments qui peuvent vous guider.

62 ans
et **7** mois

C'est l'âge moyen^[1] de départ en retraite en France en 2023, un chiffre en progression constante depuis 2010.

Que faut-il faire pour partir à la retraite ?

Pour anticiper votre départ en retraite, vous devez, réunir l'ensemble des documents vous permettant de reconstituer votre carrière, notamment les "relevés de situation individuelle" transmis par votre caisse de retraite.

Ce document retrace l'ensemble de votre carrière, et il est indispensable de vérifier l'exactitude des données qui y figurent pour éventuellement les faire rectifier.

Votre demande de retraite peut être faite en ligne sur le site officiel www.info-retraite.fr.

Ce service en ligne vous permet de faire une seule demande, transmise automatiquement à l'ensemble des caisses de retraite de base et complémentaires desquelles vous toucherez une pension de retraite.

Vous devez faire votre demande de retraite entre 4 et 5 mois avant la date de départ souhaitée.^[2]

Retrouvez l'ensemble des informations relatives aux conditions de départ en retraite, et relatives à votre situation personnelle sur le site www.info-retraite.fr

[1] Source : Drees 2023

[2] Source : Service-public.fr

QUE DOIS-JE PRÉVOIR POUR ME PROTÉGER ?

Le passage au statut de retraité entraîne des changements importants et non négligeables notamment au niveau de votre protection sociale.



Préparer sa retraite, c'est aussi prendre en compte sa situation en tant qu'actif. Prendre soin de sa santé au quotidien aura toute son importance pour anticiper les années à venir, il ne faut donc pas négliger ses couvertures mutuelle et prévoyance.

SI VOUS ÊTES SALARIÉ DU PRIVÉ

C'est votre employeur qui prend en charge la contractualisation des couvertures complémentaire santé et prévoyance.

Votre employeur choisit et pilote les garanties de vos contrats directement avec l'assureur.

Au niveau budget, la cotisation est aussi prise en charge au minimum à 50% par l'entreprise



SI VOUS ÊTES PROFESSIONNEL INDEPENDANT

Votre couverture santé et prévoyance est à votre charge entière avec la possibilité de bénéficier des avantages fiscaux de la Loi Madelin.



SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI

Votre couverture santé et prévoyance est entièrement à votre charge.

Certains dispositifs d'aides vous permet de bénéficier de contrats complémentaire santé adaptés à votre situation comme la Complémentaire Santé Solidaire [CSS].



Pour les salariés du secteur public, des dispositifs récents imposent à compter du 1er janvier 2026 au plus tard, la prise en charge obligatoire de 50% minimum de la cotisation des contrats de complémentaire santé et prévoyance.



COMMENT CHOISIR MA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR MA RETRAITE ?

Principalement pour les salariés actifs, le départ à la retraite engendre des changements notables pour votre complémentaire santé.

Le jour de votre départ en retraite, et de la fin de votre contrat de travail, vous ne bénéficierez plus des avantages mis en place par votre employeur.

Deux possibilités pour le choix de votre complémentaire santé au moment de votre départ en retraite :

- Vous pouvez faire le choix de conserver la complémentaire santé de votre entreprise via le dispositif dit **Loi Evin**. Vous conserverez les mêmes garanties dont vous bénéficiiez en tant que salariés, cependant la totalité des cotisations sera à votre charge,
- Vous pouvez faire le choix de souscrire un contrat à titre individuel auprès de l'organisme assureur de votre choix.

Dans les deux cas , les cotisations seront entièrement à votre charge, ce qui nécessitera une étude budgétaire de votre part.

CCMO Mutuelle décrypte pour vous les avantages et les inconvénients de chaque solution pour vous aider à faire le meilleur choix selon votre situation.



JE CONSERVE MA MUTUELLE ENTREPRISE

Votre employeur a pour obligation de vous faire bénéficier d'un contrat de complémentaire santé collectif dans le cadre de votre contrat de travail. Lors de votre départ en retraite, vous avez la possibilité de conserver votre mutuelle d'entreprise grâce au dispositif dit "Loi Evin".

En quoi consiste le dispositif "Loi Evin" pour les retraités ?

Ce dispositif permet aux salariés qui partent à la retraite de maintenir à l'identique les garanties "frais de santé" du contrat collectif et obligatoire dont vous bénéficiez lorsque vous quittez l'entreprise.

Ce dispositif s'applique uniquement aux garanties "frais de santé" et non à la prévoyance.

Quelles obligations pour l'employeur et pour l'assureur ?

L'employeur n'a aussi plus d'obligation de participer au financement de la mutuelle de son ancien salarié. Le nouveau retraité aura donc à sa charge la totalité de la cotisation.



Que devient votre cotisation ?

En choisissant le maintien des garanties santé en partant en retraite, vous devez connaître les obligations imposées par la législation "Loi Evin" sur les cotisations :

Lors de votre départ en retraite, l'employeur ne prendra plus en charge 50% minimum de la mensualité, ce qui impactera le montant initial de votre cotisation.

Des plafonnements progressifs des tarifs sur 3 ans sont imposés par la loi :

- 1ère année : tarifs égaux à ceux des actifs (sans la participation employeur)
- 2ème année : maximum 25 % d'augmentation de la cotisation par rapport aux tarifs des actifs
- 3ème année : maximum 50 % d'augmentation de la cotisation par rapport aux tarifs des actifs
- Le tarif de la cotisation est fixé librement à partir de la 4ème année

Le conseil en + :

Etudiez bien la composition des garanties proposées par votre employeur.

Certaines prestations ne correspondent pas toujours aux besoins des nouveaux retraités, et à l'inverse certains postes sont peut-être inexistantes. Soyez attentif à vos besoins immédiats et futurs pour faire le bon choix au niveau de votre couverture santé.



JE CHOISIS UN CONTRAT INDIVIDUEL

Le contrat individuel de complémentaire santé est un contrat signé directement entre le particulier et l'organisme assureur (une mutuelle, une société d'assurance, ou une institution de prévoyance). En préparant votre départ en retraite, vous pouvez faire le choix de souscrire à un contrat individuel

Vous pourrez alors choisir vous-même le contrat et l'organisme assureur pour couvrir vos frais de santé.

Les éléments essentiels à prendre en compte au moment de la souscription d'un contrat de complémentaire santé individuel sont :

- **Le tarif qui varie selon :**
 - le nombre de personne(s) protégée(s) par le contrat,
 - l'âge des assurés,
 - Le lieu de résidence,
 - le niveau des garanties souscrites.
- **Les garanties qui varient selon vos besoins :**
 - une couverture de base pour assurer le remboursement des honoraires de médecins et les soins qui ne dépassent pas les tarifs de convention de la Sécurité sociale,
 - une couverture plus étendue vous proposant de meilleures prestations, notamment en hospitalisation,
 - une couverture complète pour couvrir les dépassements d'honoraires, et une meilleure prise en charge des dépenses en dentaire, optique et audition.

Le conseil en + :

Comparez les offres de différents organismes avant de faire votre choix. Pour cela, étudier les garanties et prix proposés par chaque organisme, prenez soin de vérifier que les offres correspondent à vos besoins et votre demande.



COMMENT CHOISIR MA PRÉVOYANCE ?

Dans le cadre de votre contrat de travail, vous avez bénéficié d'une couverture prévoyance mise en place par votre employeur pour vous protéger en cas de maladie, d'invalidité ou de décès.

Cette couverture prend fin en même temps que votre contrat de travail.

En effet, la "Loi Evin" garantit uniquement le maintien de la complémentaire santé.

Comment se couvrir en prévoyance une fois à la retraite ?

Si vous le souhaitez, et dès votre départ en retraite, vous pouvez opter pour un contrat de prévoyance individuelle qui s'adapte à vos besoins et à votre budget. Il existe différents types de contrats de prévoyance :

- Assurance décès,
- Assurance obsèques,

Ces types de contrats vous permettent d'anticiper les conséquences de sa disparition pour protéger vos proches. Même s'il est difficile d'envisager cet événement de la vie, il reste essentiel de le préparer pour soulager votre entourage, notamment sur le plan financier.

Quelles différences entre ces types de contrat ?

Le contrat d'assurance décès et l'assurance obsèques sont des solutions qui apportent un soutien financier à vos proches dans leur quotidien, ou dans le cadre de vos funérailles. Même s'ils sont complémentaires, ces deux solutions ne vous accompagnent pas de la même manière.

ASSURANCE DÉCÈS

Versement d'un capital décès (cotisé) à votre disparition, pouvant être utilisé par vos bénéficiaires comme bon leur semble.

L'assurance décès permet de préserver vos proches des conséquences de votre disparition. Elle permet de pallier et d'éviter le déséquilibre financier de votre foyer lié :

- à la perte de vos revenus,
- aux dépenses immédiates liées à votre décès (droits de succession, etc)
- aux dépenses courantes et future de votre foyer.

ASSURANCE OBSÈQUES

Versement d'un capital qui permettra le financement de vos funérailles. Les bénéficiaires du capital ne pourront utiliser la somme versée que pour ce motif.

Il existe 2 types d'assurance obsèques :

- Le contrat obsèques en capital, qui verse le capital à votre entourage qui sera en charge de l'organisation des funérailles,
- Le contrat obsèques de prestations, qui verse le capital à l'entreprise de pompes funèbres que vous aurez désignée et choisi et en assurant le respect de vos volontés au moment venu.



COMPRENDRE LA MUTUELLE POUR BIEN LA CHOISIR



Il est parfois difficile de comprendre tous les codes et le fonctionnement de la mutuelle. Lorsque l'on est novice, tout peut vite paraître opaque et cela complique la relation de confiance entre les assurés et les assureurs.

Pour choisir et souscrire à un contrat de complémentaire santé, il faut d'abord comprendre ce qui sera souscrit. Comment sont calculés les remboursements? Aurais-je un reste à charge ? Que couvrent mes garanties ?

Quelles différences entre Assurance maladie et complémentaire santé ?

L'assurance maladie ne prend pas en charge la totalité de vos dépenses de santé. Les montants de remboursements effectués par l'Assurance maladie dépendent de la base de remboursement du Régime obligatoire. Si la dépense dépasse ce tarif de base de remboursement, la charge restera à l'assuré, sauf si il a souscrit à une complémentaire santé.

La complémentaire santé (ou mutuelle), complète les remboursements de frais de santé pris en charge ou rembourse des soins non pris en charge par l'Assurance maladie.

Les deux organismes communiquent ensemble pour automatiser les remboursements de frais de santé grâce à la télétransmission. C'est votre complémentaire santé qui fera la demande de "connexion" lors de la saisie de votre adhésion.

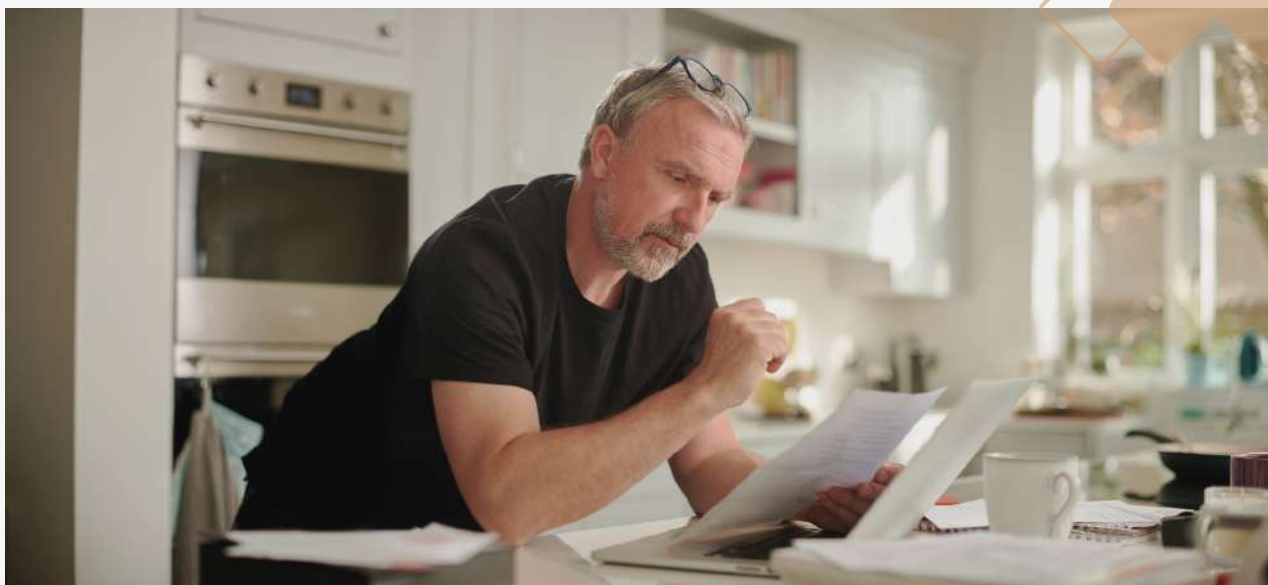
Quelques définitions

TIERS-PAYANT : système de paiement qui évite à l'adhérent de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire et/ou la mutuelle complémentaire.

BASE DE REMBOURSEMENT : tarif servant de référence à l'Assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant d'un remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) pour les soins prescrits par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire.
- Tarif d'autorité (TA) pour les soins prescrits par un professionnel de santé non conventionné.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages, etc.

RÉGIME OBLIGATOIRE : régime d'Assurance maladie auprès duquel l'affiliation est obligatoire (exemple : CPAM, MSA, RAM, etc.).



COMPRENDRE MES GARANTIES

Les garanties prévues aux contrats de complémentaire santé correspondent aux catégories de frais de santé couverts par votre contrat. Ces garanties définissent les postes de soins pour lesquels vous serez remboursés en cas de dépense médicale et pour quel montant.

Tous les niveaux de couverture existent, et dépendent des besoins de chacun. Généralement, plus le niveau de garantie est élevé mieux vous serez remboursés, mais plus la cotisation sera plus chère. Les mutuelles peuvent appliquer différentes formes de remboursements :

- **Un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) :**
 - Par exemple pour une prestation à hauteur de 200 % de la BRSS signifie que votre remboursement total pourra atteindre 100% de + que la base de remboursement.
- **Un remboursement aux frais réels :**
 - Il s'agit du montant de remboursement maximum correspondant au montant exact de la dépense.
- **Un remboursement forfaitaire :**
 - Le contrat définit un forfait annuel en euros pour vos dépenses.

Les garanties varient aussi selon vos besoins que vous définirez avant de souscrire :

- une couverture de base pour assurer le remboursement des honoraires de médecins et les soins qui ne dépassent pas les tarifs de convention de la Sécurité sociale
- une couverture plus étendue vous proposant de meilleurs prestations, notamment en hospitalisation
- une couverture complète pour couvrir les dépassements d'honoraires, et une meilleure prise en charge des dépenses en dentaire, optique et audition.



COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS

Principale mission de votre complémentaire santé, les remboursements de frais de santé interviennent une fois la prestation effectuée auprès des praticiens, après une avance de frais ou pas.

Les calculs des remboursements comprennent l'intervention de l'Assurance Maladie et de la complémentaire santé, mais comment sont-ils calculés exactement ?

Comment sont définis les tarifs que nous payons auprès des professionnels de santé ?

Les tarifs des actes pratiqués par les professionnels de santé sont fixés par une convention avec l'Assurance Maladie. **C'est ce que l'on appelle le tarif de convention.**

Cependant, votre contrat de complémentaire santé vous permet d'être couvert pour tout ou partie des dépassements d'honoraires.

Pour vous aider à comprendre vos remboursements et vos éventuels restes à charge, il faut connaître :

- Le taux de remboursement de votre Régime obligatoire et la base de remboursement (consultable sur le site www.ameli.fr),
- Le taux de remboursement de votre contrat de complémentaire santé, et la hauteur des plafonds prévus au contrat.

Et en pratique ?



Gilles, 61 ans, a rendez-vous avec son dermatologue qui facture la consultation 70€

- La base de remboursement de la Sécurité sociale (SS) est 26,50€
- Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est fixé à 70%
- Le taux de remboursement de sa mutuelle est fixé à 200%* de la base de remboursement SS

Remboursement Sécurité sociale
16,55€

Remboursement mutuelle
35,45€

Reste à charge
18,00€

$26,50 \text{ €} \times 70\% = 18,55 \text{ €}$
-2€ de participation forfaitaire

$26,50 \text{ €} \times 200\% = 53 \text{ €}$
-17,55€ de remboursement SS



Son épouse, Marianne, 58 ans, doit refaire ses lunettes suite à un changement de correction. La facture s'élève à 320€ (verres + monture)

- La base de remboursement de la Sécurité sociale (SS) est 0,15 € (verres + monture)
- Le forfait prévu par sa mutuelle est de 300 €*

Remboursement Sécurité sociale
0,15€

Remboursement mutuelle
300€

Reste à charge
19,85€

100€ par verre + 100€ pour la monture

*Les montants sont donnés à titre d'exemple

COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS



Qu'est ce que la participation forfaitaire ?

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire est demandée à chaque personne âgée de plus de 18 ans. Depuis le 15 mai 2024 la participation forfaitaire est passée de 1 € à 2 €. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

La participation forfaitaire s'applique quel que soit le médecin consulté, que vous respectiez ou non le parcours de soins coordonné.

Qu'est ce que le parcours de soins coordonné ?

Le parcours de soins coordonné consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical. Le parcours de soins garantit une meilleure prise en charge des dépenses de santé. Pour en bénéficier, il suffit de choisir et déclarer un médecin traitant.

Qu'est ce que la franchise médicale ?

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Depuis le 31 mars 2024, le montant de la franchise est de :

- 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

Zoom sur le 100% Santé :

Des soins dentaires, optiques et auditifs 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 sont intégralement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé.

Cette initiative du Gouvernement est 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.

Le conseil en + :

Le 100% Santé est un droit et les professionnels de santé ne peuvent pas vous le refuser.

Les opticiens, audioprothésistes et dentistes, doivent vous présenter un devis avec au moins 2 propositions de soins :

- Un devis "100% santé",
- Un devis "Prix libres".



BIEN ÉVALUER VOS BESOINS

Avant de souscrire à un contrat de complémentaire santé, et de solliciter des assureurs, il est important de faire un point sur vos besoins pour demander des devis qui correspondent à votre situation. Une bonne mutuelle est avant tout une mutuelle qui couvre vos dépenses selon votre situation personnelle.

Les éléments fondamentaux à prendre en compte pour évaluer ses besoins pour la couverture santé :

1. Votre âge,
2. La composition de votre foyer, faut-il assurer votre conjoint, ou vos enfants ?
3. Votre lieu de résidence,
4. Votre budget,
5. Vos consommations de soins habituelles (consultations de spécialistes, traitement spécifiques, lunettes, etc)

Bon à savoir :

- Certaines dépenses ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie (Médecines douces, implants dentaires, certains médicaments, etc). **Si vous avez recours à certaines de ces dépenses, vérifiez leur prise en charge dans les garanties étudiées.**
- Vérifiez l'existence ou non de "délais de carence" à la signature du contrat. **Si des délais de carence sont appliqués, certaines dépenses ne seront pas remboursées à l'ouverture de votre contrat**, mais au terme des délais imposés par l'assureur.
- Vérifiez l'étendue du réseau de tiers payant. Plus le réseau de votre assureur est complet, moins vous risquez d'avancer les frais.

Le conseil en + :

Pensez à comparer les offres (garanties, prix, conditions de souscription) selon les besoins que vous avez émis.

MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ, C'EST DANS VOTRE INTÉRÊT !



COMMENT FONCTIONNE UNE MUTUELLE ?

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.

COMMENT GÉRER LES DÉPENSES DE SANTÉ ?

• Comparez les honoraires des praticiens

Le montant des dépenses de santé peuvent vite grimper. Avant de vous engager dans la réalisation de soins coûteux (optique, dentaire, auditif), nous vous conseillons de consulter plusieurs praticiens et de demander un devis pour les soins dont vous avez besoin pour comparer les tarifs pratiqués pour la même catégorie de soins.

Pensez au 100% Santé ! Et exigez de la part de votre professionnel de santé un devis avec un équipement 100% Santé qui vous garantit un reste à charge à 0€ en optique, dentaire et audition.

• Prenez connaissance de vos garanties

La bonne connaissance de ses garanties santé peut être une bonne solution pour maîtriser ses dépenses de santé. Selon les garanties souscrites, et en consultant vos exemples de remboursements, vous pourrez avoir une bonne connaissance des prises en charge prévues dans votre contrat et anticiper vos dépenses.

• Gardez vos garanties pour vous

Il est recommandé de ne pas communiquer son tableau de garanties à votre professionnel de santé. C'est un réflexe des praticiens qui demandent vos niveaux de remboursements avant de rédiger le devis, mais n'ayez pas le réflexe de leur fournir instinctivement !

Dans certains cas, les professionnels de santé peuvent être amenés à réviser leurs tarifs jusqu'à la limite de vos garanties alors que vos soins ne nécessitent pas une telle prise en charge.

• Mettez sur la prévention !

Vous connaissez le dicton, "Mieux vaut prévenir que guérir" ! Cette phrase prend tout son sens dans votre quotidien. Prendre soin de soi, c'est aussi prendre soin de sa santé, et en appliquant quelques astuces de prévention certaines maladies ou soins peuvent être reportés, voire évités. La CCMO met à votre disposition des outils et des actions de prévention tout au long de l'année et sur tous les sujets. Retrouvez notamment nos vidéos "La Minute Prévention" sur notre chaîne Youtube 'CCMO Mutuelle'.

ÊTRE BIEN INFORMÉ POUR MIEUX GÉRER SES DÉPENSES DE SANTÉ

Tarifs moyens constatés par CCMO Mutuelle* pour ses adhérents



Consultation de spécialiste DPTM**

Tarif : 51 €

Consultation de spécialiste non DPTM**

Tarif : 42 €



Prothèse dentaire céramique

Tarif : 630 €



Monture de lunettes adulte

Tarif : 146 €

Un verre simple (lunettes adulte)

Tarif : 115 €

Un verre complexe (lunettes adulte)

Tarif : 242 €

LES SOLUTIONS CCMO MUTUELLE

Depuis 80 ans, CCMO Mutuelle accompagne les particuliers et les professionnels dans toutes les étapes de leur vie, en leur garantissant un accès à des soins de qualité.

Basée en Picardie, la CCMO propose des solutions de complémentaire santé et prévoyance adaptées à tous.



Une offre complète pour couvrir vos dépenses de santé

Vos besoins évoluent avec l'âge, et vos garanties santé doivent vous permettre d'anticiper les années à venir. La CCMO a conçu une gamme dédiée aux 55 ans et +. Une offre adaptée aux besoins de tous, sans limite d'âge et sans questionnaire médical.

Les + CCMO :

- 4 niveaux de garanties progressifs,
- Un plafond progressif pour les implants dentaires,
- Un panel élargi de thérapies complémentaires et médecines douces

Un panel de services pour compléter notre offre



Téléconsultation médicale
Des médecins joignables 24h/24 et 7j/7



Centre d'appels disponible 6j/ 7
Basé à Beauvais (60)



Assistance :
aide ménagère, rapatriement



Services en ligne :
espaces sécurisés, application mobile

Des produits de prévoyance pour vous protéger des aléas de la vie

Vivez une retraite sereine !

CCMO Mutuelle vous propose des solutions de prévoyance, pour protéger vos proches et vous-même en cas de coups durs :

Protect'Elle

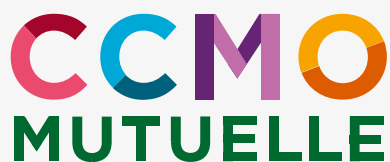
Bénéficiez d'un capital fixe versé en cas de diagnostic d'un cancer féminin.

Protecto Décès

Garantissez un capital à vos proches pour les protéger des conséquences financières de votre disparition.

Protect'Aléa

Une protection complète pour toute la famille en cas d'accident.



www.ccmo.fr

Contactez notre service dédié au
03.44.06.90.00

ou rendez-vous en agence

Beauvais

17 Pl. Jeanne Hachette
8 Avenue du Beauvaisis

Compiègne

21 rue Saint Nicolas

Amiens

224 rue Jules Barni

Creil

20 rue de la République

Document non contractuel – les données qui figurent dans ce support ont une valeur purement indicative et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Elles n'engagent pas la responsabilité de la CCMO.

© 2024 Tous les droits réservés CCMO Mutuelle, 6 avenue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé 60014 BEAUVAIS. - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité N° 780508073 et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Pl. de Budapest, 75009 Paris.