

CONTRAT MUTUALISTE

AGENCE :

Mutuelle des Services Publics

Maison de la Mutualité - 1 rue François MOISSON - 13002 MARSEILLE
mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n° 782 825 368

 Nouvelle adhésion Membre honoraire Avenant au contrat* n° _____

Mutuelle de France Rhône'Alpilles

65,67 rue Portagnel 13200 Arles
mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n° 782 700.181
email : contact.msp@mutuelle-msp.fr
Site : www.mutuelle-msp.fr www.mutuelledefrance-rhonealpillles.com

ADHERENT

Nom de jeune fille _____ Nom / Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ ☎ Domicile _____ Fax _____

Portable _____ Email _____

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e)/Séparé(e) Célibataire Concubinage/PACS Veuf/VeuveActivité sociale : Actif(ve) Etudiant(e) Chômage Retraité(e) Profession _____

N° Séc. Sociale _____ Clé ___ né(e) le _____ à _____ Dept _____

Régime _____ Organisme _____ Centre _____

Employeur _____ Service ou U.F. _____ N° matricule _____ N° de poste _____

Etablissement _____

AYANT(S)-DROIT

Nom / Prénom _____ Nom de jeune fille _____

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e)/Séparé(e) Célibataire Concubinage/PACS Veuf/VeuveActivité sociale : Actif(ve) Etudiant(e) Chômage Retraité(e) Profession _____

N° Séc. Sociale _____ Clé ___ né(e) le _____ à _____ Dept _____

Régime _____ Organisme _____ Centre _____

Nom / prénom enfant(s)	Sexe	Né(e) le	Situation	OD
				M. ou Mme
				M. ou Mme
				M. ou Mme
				M. ou Mme
				M. ou Mme

GARANTIE CHOISIE : _____ DATE D'EFFET** : _____ COTISATION MENSUELLE*** : _____ DROITS D'ADHESION : _____

COTISATION ANNUELLE : _____

* Le changement d'option ou de garantie est irrévocable pendant une période de 12 mois à compter de sa prise d'effet (cf. règlement mutualiste).

** Le changement d'option ou de garantie prend effet au début du trimestre civil suivant la demande de changement d'option (cf. règlement mutualiste).

***La cotisation mensuelle mentionnée est établie au regard des éléments fournis par l'adhérent et en fonction des tarifs en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES RELATIVES A UNE DEMANDE D'ADHESION PREVOYANCE INDIVIDUELLE

Un bulletin d'adhésion a été complété pour un :

 contrat maintien de salaire des agents territoriaux jusqu'au 365ème jour (I1) contrat maintien de salaire des agents territoriaux jusqu'au 1095ème jour (I2)

NB : la diffusion des contrats sus mentionnés est effectuée par la Mutuelle des Services Publics pour le compte de la Mutuelle de France Prévoyance (organisme assureur). Le bulletin d'adhésion constitue une demande d'adhésion soumise à questionnaire médical et à examen du médecin conseil. L'organisme assureur se réserve le droit de ne pas accepter l'adhésion ou d'exclure certains risques de la couverture. Sa décision est notifiée par courrier à l'adhérent. Les exclusions de risques ou le refus de la demande d'adhésion par la Mutuelle de France Prévoyance à l'un des contrats sus cités n'entraînent pas la déchéance du contrat complémentaire santé souscrit auprès de la Mutuelle des Services Publics.

CONDITIONS PARTICULIERES

 - Sans stage - Stage - du _____ au _____

COTISATIONS

Règlement par chèque : OUI pour cotisation de _____ NON

Précompte sur B.S. à compter de (mois/année) : ____/____ pour cotisation de _____

Rappel : _____ pour cotisation de _____

Prélèvement Automatique (PA) OUI (autorisation à remplir et à signer) NON lancement du PA à partir de : MM/AAAA

PARTIE RESERVEE A LA MUTUELLE – NOUVELLE ADHESION

Origine _____ Campagne / Source _____ Motif d'adhésion _____

Saisi le ____/____/____ par _____ Contrat n° _____

Exemplaire adhérent adressé ou remis le ____/____/____

PARTIE RESERVEE A LA MUTUELLE – AVENANT AU CONTRAT

Changement de garantie (préciser ci-après)

Garantie précédente : _____ valide du ____/____/____ au ____/____/____ Cotisation mensuelle précédente : _____ € (euro)

Ajout ayant droit (préciser ci-après) : _____ Cotisation mensuelle précédente : _____ € (euro)

Suppression ayant droit (préciser ci-après) : _____ Cotisation mensuelle précédente : _____ € (euro)

GARANTIE

La Mutuelle de France – Sud, 146 A avenue de Toulon – 13010 Marseille, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et enregistrée auprès du Registre National des Mutuelles sous le n°782 814 818, se substitue intégralement, dans le cadre de l'article L 211.5 du Code de la Mutualité, à la Mutuelle des Services Publics et à la Mutuelle de France Rhône'Alpilles, pour la constitution des garanties d'assurance "maladie et accident" offertes à la totalité des membres participants de la Mutuelle des Services Publics et la Mutuelle de France Rhône'Alpilles et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution de ses engagements nés ou à naître.

Si l'agrément de la Mutuelle de France – Sud lui est retiré pour l'une de ses deux branches, le contrat mutualiste mentionné à l'article L211-1 sera résilié le dixième jour à midi à compter de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant.

INFORMATION

Le souscripteur est informé du caractère obligatoire des réponses aux champs figurant sur le présent document, ces données étant nécessaires à la bonne exécution des termes du contrat. Ces informations sont destinées aux représentants habilités de la Mutuelle des Services Publics et de la Mutuelle de France Rhône'Alpilles, aux centres de traitements informatiques pour le paiement des prestations mutualistes et le recouvrement des cotisations. Le souscripteur reconnaît être informé que la mutuelle peut utiliser ces données pour lui proposer, par courrier ou par courriel, des offres de ses partenaires sauf opposition de sa part en cochant la case ci-contre , ou encore, peut céder mes coordonnées à des tiers en vue de me présenter leur offre, également sauf opposition de sa part . En application de la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le demandeur dispose du droit d'accès, de rectification et suppression prévu par la loi qui peut être exercé par simple demande adressée au Président de la Mutuelle des Services Publics ou de la Mutuelle de France Rhône'Alpilles par courrier au siège de la mutuelle (voir coordonnées en entête de contrat).

Tableaux des stages et limitations applicables aux garanties santé

Prestations	Stage	Limite
Hospitalisation chirurgicale et médicale	6 mois	sans
Forfait hospitalier	6 mois	Illimité sauf établissements spécialisés : 60j par an et par personne couverte établissements psychiatrique : 90j par an et par personne couverte
Hospitalisation obstétricale(forfait accouchement)	10 mois	
Séjour accompagnant enfant de moins de 16 ans	6 mois	sans
Maison de repos et ets spécialisés	6 mois	30 J / An
Chambre particulière chirurgie et maternité	Chirurgie : 6 mois Maternité : 10 mois	30 J / An
Chambre particulière autre type de séjour	6 mois	30 J / An
Cures themales	6 mois	
Forfait de cures thermale	12 mois	1 fois / An / Personne
Soins externes en hôpitaux	sans	
Actes en K >10	sans	
transports en ambulance (hors hospitalisation)	sans	
Consultations et visites	sans	
Pharmacie vignettes blanches		
Pharmacie vignettes bleues	sans	
Pharmacie vignettes orange		
Verres, montures, lentilles (acceptée/refusées) tips	sans	
Forfaits lentilles	6 mois	1 fois / An / Personne
Forfait Verre unifocal	6 mois	1 fois / An / Personne
Forfait Verre progressif	6 mois	1 fois / An / Personne
Intervention pour correction oculaire	6 mois ou 12 mois	en fonction de la garantie souscrite
Soins dentaires	sans	
Prothèses dentaires	6 mois	Plafond de remboursement en fonction de la garantie souscrite
Orthodontie	6 mois	
Radiologie	sans	
Laboratoire	sans	
Auxiliaire médicaux	sans	
Orthopédie-appareillage	sans	
Acoustique	6 mois	
Densitométrie osseuse	sans	
Amniocentèse refusée	sans	
Prothèse capillaire	6 mois	1 fois / An / Personne

Si le signataire bénéficie, ou bénéficiait, d'un contrat de même nature auprès d'un autre organisme complémentaire d'assurance maladie, il certifie sur l'honneur avoir engagé les démarches administratives nécessaires à sa résiliation dans les délais réglementaires prévus par l'organisme concerné, et être déchargé de toute obligation auprès dudit organisme.

Préalablement à la signature du contrat d'adhésion, le signataire reconnaît avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste et en avoir pris connaissance.

L'adhésion est effective en date de signature du contrat. Le signataire est informé qu'il dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour faire valoir sa faculté de renonciation par lettre recommandée avec accusé réception adressée au siège de la mutuelle selon le modèle suivant: « je soussigné, Nom, Prénom, adresse, déclare renoncer au contrat souscrit le JJ/MM/AAAA ». Passé ce délai, l'adhésion est définitive. Les prestations prendront effet au _____ jusqu'au 31 décembre _____. L'adhésion est renouvelée tacitement d'année civile en année civile. La demande de démission doit être donnée par courrier recommandé avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année civile en cours. Aucune radiation n'est accordée en cours d'année civile.

Il est précisé que "les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix." (Art. 9 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989).

Le signataire s'engage à communiquer à la mutuelle toute modification au présent contrat le concernant ou concernant l'un de ses ayants droit. Il demande à l'administration qui traite son salaire de bien vouloir pré-décompter ses cotisations mutualistes et de communiquer à la mutuelle les renseignements afférents à son salaire.

En application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, le signataire reconnaît avoir pris connaissance de son affiliation obligatoire au(x) contrat(s) souscrit(s) par la mutuelle (organisme diffuseur) auprès de la Mutuelle de France Prévoyance (organisme assureur) et avoir reçu, conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, un exemplaire de la (des) notice(s) d'information. Pour faciliter l'exercice de ses droits, le signataire reçoit en sus une notice d'information relative aux documents nécessaires au règlement des prestations couvertes par sa garantie santé.

Pour la mutuelle Fait à _____

Nom du Conseiller et signature

Fait à _____

Le _____

L'adhérent "Lu et approuvé"

Signature