

Guide de souscription

Santé Classique

<input type="radio"/> GÉNÉRALITÉS	2
<input type="radio"/> LES GARANTIES	4
<input type="radio"/> ÉLÉMENTS DE TARIFICATION	6
<input type="radio"/> LES PRESTATIONS	8
<input type="radio"/> LA VIE DU CONTRAT	9
<input type="radio"/> LES BONNES PRATIQUES DE SOUSCRIPTION	10
<input type="radio"/> TÉLÉCHARGER L'ESPACE ADHÉRENT	13
<input type="radio"/> TÉLÉCHARGER MÉDAVIZ	16

Ce guide a été conçu pour vous accompagner lorsque vous vous trouvez face à des interrogations, des situations particulières ou des difficultés lors du parcours de souscription.

Il a été réactualisé en avril 2026.

Il regroupe les règles de souscription applicables au contrat et les différentes garanties offertes pour répondre aux besoins spécifiques de vos clients.

L'ensemble des garanties peut être consulté dans les conditions générales (DG_SANTEC_GAM_0724), DIPA et les tableaux de garanties.

GÉNÉRALITÉS

1- Champ d'application :

Le contrat Mutuelle santé est accessible aux personnes de 18 à 64 ans, en solo ou en famille, résidant en France et détenant une attestation de droits à la Sécurité Sociale.

C'est un contrat solidaire et responsable, non labellisé ouvert aux 3 régimes suivants :

- Régime Général
- Régime Local
- Régime TNS Général



Dans le cadre du dispositif Madelin, la cotisation retenue correspond à l'intégralité des primes dues pour l'ensemble des bénéficiaires rattachés au contrat.

2- Personnes assurées :

Peuvent être assurés sur un même contrat les personnes du même foyer fiscal de 18 à 64 ans, y compris les enfants d'assuré jusqu'à leurs 28 ans.



Pour assurer un couple composé d'une personne de - de 65 ans et une de + de 65 ans, il conviendra de saisir 1 contrat par personne

1 formule classique + 1 formule sénior

3- Non éligibilité :

Notre offre santé ne peut être proposée dans les cas suivants :

- Personne bénéficiant de la CSS
- Personne bénéficiant d'une complémentaire santé obligatoire par l'employeur
- Personne recherchant une surcomplémentaire

LES GARANTIES

1- Pris d'effet des garanties :

L'adhésion au contrat Mutuelle Santé :

- Est sans questionnaire médical
- Aucun délai d'attente : toutes les garanties sont actives dès le 1er jour
- Peut se faire au plus tôt le jour même de la demande d'assurance

2- Objet des garanties :

Les remboursements des frais de santé se feront dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré et après et en complément de l'intervention du régime de sécurité sociale.



Les remboursements se font sur la base du barème de la sécurité sociale. Les soins effectués à l'étranger notamment pour les travailleurs frontaliers peuvent engendrer des restes à charge importants.

3- Les garanties :

Il existe 5 niveaux de garanties :

- Eco
- Zen
- Equilibre
- Serenité
- Excellence

Le niveau de garantie choisi est unique et s'applique à l'ensemble des bénéficiaires nommés au contrat.

La modification de niveau de garantie peut intervenir en cours de vie du contrat à l'échéance principale et ce 1 seule fois dans la vie du contrat.

La demande d'avenant doit être faite au plus tard 2 mois avant le 1er janvier au service assurances de personnes.

LES ÉLÉMENTS DE TARIFICATION

1- Règles générales de tarification :

Le tarif est calculé sur la base :

- De la formule choisie
- De l'âge à la souscription : L'âge de souscription retenu correspond à l'âge atteint au cours de l'année civile en cours (millésime).
- De la nature du régime de sécurité sociale.

2- Avantages tarifaires :

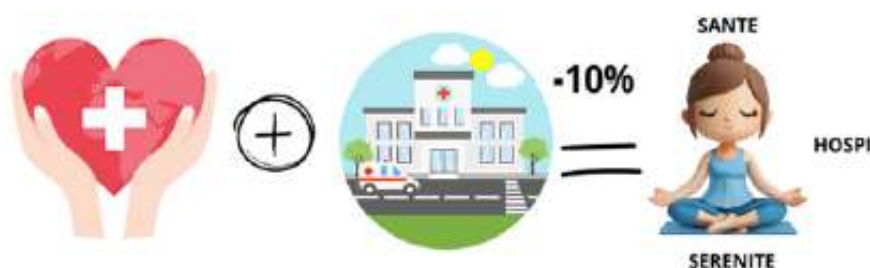
Les assurés affilié à un régime TNS bénéficient d'une réduction.

Nous appliquons la gratuité à partir du 3ème enfant mineur.

Le contrat Santé est éligible à la réduction multi-détention.

La souscription d'un 2ème contrat de la gamme Mutuelle de l'Est "La Bresse Assurances" (hors scolaire) permet d'appliquer la réduction multi-détention allant jusqu'à -10%.

3- Les combinaisons gagnantes multi-détention





-10%



Santé

Prévoyance

Protection complète

4- Evolution de la cotisation :

La cotisation évolue au 1er janvier de chaque année, date d'échéance principale:

- En fonction de l'âge des assurés
- Des modifications législatives et réglementaires
- En fonction des résultats techniques du groupe

5- Règlement de la cotisation :

Le règlement de la cotisation peut être :

- Annuel
- Semestriel
- Trimestriel
- Mensuel

Aucun frais de fractionnement n'est appliqué.



En cas de paiement mensuel, le premier prélèvement sera équivalent à environ deux mois de cotisation plus les 15€ de frais d'adhésion, en fonction de la date de souscription retenue.

LES PRESTATIONS

1- La gestion des prestations :

Les prestations sont gérées par NOVAMUT à NANCY



03.83.17.17.90



sgsanté@novamut.fr

2- La carte de tiers payant :

- Une fois l'adhésion effectuée, la carte de tiers payant sera envoyée automatiquement par courrier
- 48H après la souscription, l'assuré peut également retrouver sa carte de tiers payant pour téléchargement dans son espace adhérent NOVAMUT.

3- L'espace adhérent NOVAMUT :

L'assuré aura accès à partir de la date d'effet du contrat à un espace adhérent grâce auquel il pourra :

- Transmettre ses documents
- Accéder à son tableau de garanties
- Modifier ses coordonnées personnelles
- Télécharger sa carte de tier payant

Voir Connexion à votre espace adhérent

LA VIE DU CONTRAT

La gestion des contrats est confiée au service assurances de personnes du GAMEST.



09 70 80 82 50



adpmedical@gamest.fr

Vous pouvez les contacter pour :

- Les adhésions papiers (1 seul envoi avec l'intégralité des pièces)
- Les demandes d'avenant :
 - Changement de RIB de prestations
 - Modification des bénéficiaires
 - Modification de la garantie choisie (seulement à l'échéance principale)
- Les demandes d'attestations

LES BONNES PRATIQUES DE SOUSCRIPTION

1- L'attestation de droits :

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 31/03/2026 au 30/03/2027 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
010111121	10	2 [REDACTED]	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		N° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	Né(e) le / rang
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]
a déclaré un médecin traitant			

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Régime obligatoire

Organisme gestionnaires (3 chiffres)

Organisme gestionnaires (3 chiffres)

Centre payeur : 4 chiffres sur l'attestation mais seulement 3 à enregistrer

- Si le 1er numéro du régime obligatoire est un 0 - enregistrer les 3 derniers chiffres de la zone verte dans le centre payeur
- Si le 1er numéro du régime obligatoire est différent de 0 - enregistrer les 3 premiers chiffres de la zone verte dans le centre payeur
- Si vous ne trouvez qu'un seul centre payeur dans la liste et qu'il ne correspond pas aux règles ci-dessus, le sélectionner quand même.



Lorsque l'enfant est présent sur l'attestation de droits d'un de ses parents, il convient de saisir le numéro de sécurité sociale du parent sur lequel il est rattaché (et non le numéro renseigné pour l'enfant)

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 31/03/2026 au 30/03/2027 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 011 1121	10	2 [REDACTED]	
Bénéficiaires(s) <i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>		N° de sécurité sociale du bénéficiaire <i>(pour information)</i>	Né(e) le / rang
[REDACTED]		2 [REDACTED]	[REDACTED]
Bénéficiaires(s) <i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>		N° de sécurité sociale du bénéficiaire <i>(pour information)</i>	Né(e) le / rang
[REDACTED]		2 [REDACTED]	[REDACTED]

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.




Le numéro de sécurité sociale des enfants n'est pas actif

2- Les pièces justificatives :

Pour le contrat Santé, les justificatifs attendus sont:

- Copie recto/verso de la carte d'identité
- Rib
- Attestation de droits de moins de 30 jours pour l'ensemble des bénéficiaires



Il appartient à votre sociétaire de fournir l'intégralité des documents requis, lesquels doivent être conservés par vos soins sous votre entière responsabilité.
Les documents pourront être demandés lors d'un audit.

TÉLÉCHARGER L'ESPACE ADHÉRENT

1-A quoi sert il ?

A partir de la date d'effet du contrat, l'assuré peut créer son espace adhérent Santé.

Il permettra à l'assuré de :

- Transmettre les documents
- Télécharger sa carte de tiers payant, rubrique "Mes documents utiles" (disponible sous 48H ouvrés)
- Accédez à ses garanties
- Modifiez en quelques clics ses données personnelles

2-Comment y accéder ?

A réception de la carte tiers payant ou à l'édition du contrat, l'assuré peut se rendre sur <https://espaceadherent.gamest.fr>

Il trouvera son numéro d'adhérent sur sa carte de tiers payant :

N° à 6 chiffres commençant par J

Plier les bords avant de détacher

NOVAMUT cegeles NOVAMUT - Service Tiers-payant
CS 80674 - 54063 NANCY Cedex
Tél. 03 83 17 78 96 - gestion.tierspayant@novamut.fr

Télétransmission hors Séjours vitale
Code télétransmission : 000000

Période de validité de
du 01/01/2023 au 31/12/2023 **R**

Edite le : 01 Janvier 2023

N° adhérent : 000000
N° AANC : 000000
Typ zones : 0000 00

BENEFICIAIRES : NOM - PRENOM QUALITE - DATE DE NAISSANCE - N° SECURITE SOCIALE - OPTION	Statut conventionnel / Opérateur	CHR	EXTE	HOSM	AUXM	LAGE	OPTI	PHOR	PHAR	RADI
DURANT XXXXXXXX A 01/01/1980	AS	PC	100%	100%	100%	100%	PC	100%	100%	100%
DURANT XXXXXXXX A 01/01/1985	AS	PC	100%	100%	100%	100%	PC	100%	100%	100%
DURANT XXXXXXXX E 01/01/2013	AS	PC	100%	100%	100%	100%	PC	100%	100%	100%

SPECIMEN

FIBS DE TIERS PAYANT HORS PARCOURS DE SOINS
"CÉLÉBRATION DE CETTE CARTE S'ARRÊTE À VOUS DES DÉCLARATIONS EN BANQUE DES POSSIBILITÉS ASSURÉES"
CET ABB S'APPLIQUE AU TITRE DE RESPONSABILITÉ DE LA SOCIÉTÉ SOCIALE

AVANT D'ARRIVER À VOUS VOUS ÉCARTER À PRÉVOIR

CONNEXION À VOTRE ESPACE ADHERENT

✓ J'ai déjà reçu mon identifiant

✓ Je n'ai pas encore reçu mon identifiant

Retour

CONNEXION À VOTRE ESPACE ADHERENT

CONNEXION À VOTRE ESPACE ADHERENT SANTÉ

Reporter le n° d'adhérent présent sur la carte de tiers payante

Votre Identifiant*

Votre Email (Mentionné lors de l'inscription)*



Vérification du texte

Je n'arrive pas à m'identifier

[*] Champs obligatoires

✕ Annuler

✓ Valider

Un code d'activation sera envoyé par mail à l'assuré pour valider la création du compte adhérent.

En cas de difficulté vous pouvez joindre le 09.70.80.82.50.



Un service de conseil médical inclus dans votre contrat !

Des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 pour vous.

Votre médecin n'est pas joignable ? Les délais de rendez-vous sont longs ?

La **Mutuelle de l'Est** vous permet de contacter un praticien en **téléconsultation** grâce à Medaviz.

Inclus dans votre contrat, ce service vous permet de joindre instantanément un médecin par téléphone pour vos questions de santé du quotidien.

Créez votre compte en toute simplicité :


Par internet, à l'aide du formulaire en ligne : www.medaviz.com/mutuelledelest


Par téléphone, lors de votre second appel, en composant le 09 73 03 02 70 (appel non surtaxé)

Votre code d'activation est composé de votre numéro de sociétaire.

Le service Medaviz :

 Des médecins disponibles **sans rendez-vous** 24h/24 et 7j/7.

 Plus de 10 **spécialités** disponibles (généraliste, pédiatre, gynécologue, psychologue ...).

 Des **professionnels** de santé diplômés en France à votre écoute.



Pour parler à un médecin :

Composez le 09 73 03 02 70 (appel non surtaxé)
Profitez d'un **premier appel libre**, sans création de compte préalable.

Ou téléchargez l'**application Medaviz**, disponible gratuitement sur les stores.