

Affaire nouvelle     Remplacement    Contrat N° \_\_\_\_\_    Sociétaire N° \_\_\_\_\_  
 Date d'effet souhaitée \_\_\_\_\_ Échéance \_\_\_\_\_  
 Paiement de la cotisation     Annuel     Semestriel     Trimestriel par prélèvement     Mensuel par prélèvement  
 Mode de paiement     Prélèvement le 8 du mois     Par chèque bancaire  
 Droit d'adhésion malj : + 15 € (montant non dû si vous êtes déjà sociétaire). Droit d'adhésion Association Mutuelle et Solidarité : + 2 € /an

### Souscripteur / Adhérent

M.     Mme    **Nom, Prénom** \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
 N° Tél. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Situation familiale     Marié(e), vie maritale, PACS     Célibataire     Divorcé(e)     Veuf(ve)    Né(e) le \_\_\_\_\_  
 N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Code organisme \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_  Je demande à bénéficier de la loi Madelin (pour les TNS uniquement)

### Assurés

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Régime Social		
					Général	TNS	Local
Adhérent			F M	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint			F M	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Cotisation

	<input type="checkbox"/> ÉCO Sénior	<input type="checkbox"/> ZEN Sénior	<input type="checkbox"/> ÉQUILIBRE Sénior	<input type="checkbox"/> SÉRÉNITÉ Sénior	<input type="checkbox"/> EXCELLENCE Sénior
Cotisation mensuelle	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

**Pièces à produire (avant de nous adresser votre demande d'adhésion, vérifier que celle-ci soit correctement complétée et signée) :**

- copie de votre attestation du régime obligatoire et/ou des autres assurés     RIB ou RIP pour le prélèvement des cotisations et le paiement des prestations  
 mandat SEPA

La garantie prend effet après acceptation par la Mutuelle de l'est - LA BRESSE ASSURANCES à la date figurant sur le Certificat d'Adhésion, établi sur la base des déclarations faites ci-dessus et au plus tôt le lendemain midi du paiement de la première cotisation. Il en va de même pour toute modification. Le souscripteur/adhérent déclare : avoir pris connaissance des conditions générales TG\_SANTESEN\_GAM\_0724 valant notice d'information et vouloir adhérer au contrat groupe SANTESEN\_GAM\_0724 souscrit par l'Association GAMEST sise 6 bd de l'Europe - 68100 Mulhouse ; avoir été informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration par application des dispositions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances ; savoir disposer du droit d'accès et de rectification auprès de la société pour toute information le concernant (loi « Informatique et Libertés » N°78-17 du 06.01.1978). Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un déménagement à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités. Dans ce cas, vous devez adresser votre demande à la Mutuelle de l'est - LA BRESSE ASSURANCES selon le modèle de lettre qui suit : je soussigné... (nom, prénom), demeurant... (adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n°... (inscrire le numéro) que j'ai souscrit le... (date). Date... Signature du souscripteur/adhérent.

Fait à \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent (précédée de la mention "lu et approuvé")

### DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(à compléter obligatoirement)

#### Prélèvement récurrent

Nom, prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)  
 \_\_\_\_\_  
 Code international d'identification de votre banque  
**BIC** (Bank Identifier Code) \_\_\_\_\_  
 Référence Unique du Mandat - **RUM** (à remplir par le créancier)  
 \_\_\_\_\_

#### Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

NOM ET VILLE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Mutuelle de l'est - LA BRESSE ASSURANCES**  
 8 Avenue Louis Jourdan - 01004 BOURG EN BRESSE CEDEX  
 Identifiants créanciers SEPA (ICS) **F R 5 8 Z Z Z 3 9 3 7 5 6**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle de l'est - LA BRESSE ASSURANCES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle de l'est - LA BRESSE ASSURANCES. Les parties conviennent d'un commun accord que la Mutuelle de l'est - LA BRESSE ASSURANCES vous informera de la mise en place des prélèvements au minimum dans un délai de 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Point contact pour votre mandat de prélèvement SEPA :  
- Information, modification ou révocation du mandat : votre interlocuteur habituel.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant que vous pouvez exercer sur simple demande.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Tableau des garanties**

<b>SANTÉ SÉNIOR 65-85 ANS</b>	<b>ÉCO SéniOr</b>	<b>ZEN SéniOr</b>	<b>ÉQUILIBRE SéniOr</b>	<b>SÉRÉNITÉ SéniOr</b>	<b>EXCELLENCE SéniOr</b>
<b>HOSPITALISATION</b>					
Frais de séjour en établissement hospitalier conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement hospitalier non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Praticiens adhérent à un DPTAM)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Praticiens non adhérent à un DPTAM)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Transport	100 % BR	125 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Chambre particulière	Néant	40 € / jour <sup>(6)</sup>	50 € / jour <sup>(6)</sup>	70 € / jour <sup>(6)</sup>	90 € / jour <sup>(6)</sup>
<b>SOINS COURANTS <sup>(1) (2)</sup></b>					
Honoraires médicaux (consultations-visites) (Praticiens adhérent à un DPTAM)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Honoraires médicaux (consultations-visites) (Praticiens non adhérent à un DPTAM)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses en laboratoire / radiologie	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Pharmacie remboursée par le R.O.	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Frais de transport	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses mammaires et capillaires	100 % BR	125 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Prothèses orthopédiques	100 % BR	125 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires et obturations inlay / onlay / overlay	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Prothèses du panier "100 % santé"	100 % du prix limite de facturation	100 % du prix limite de facturation	100 % du prix limite de facturation	100 % du prix limite de facturation	100 % du prix limite de facturation
Prothèses des paniers "tarifs maîtrisés" et "tarifs libres"	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Autres soins prothétiques, implantologie et endodontie remboursés ou non par le R.O. <sup>(4)</sup>	Néant	200 €	350 €	500 €	600 €
<b>OPTIQUE</b>					
Équipement classe A du panier "100 % santé" <sup>(3)</sup>	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente
Équipement classe B à verres simples <sup>(3)</sup>	50 €	150 €	250 €	300 €	400 €
Équipement classe B à verres complexes <sup>(3)</sup>	125 €	200 €	300 €	350 €	500 €
Équipement classe B à verres très complexes <sup>(3)</sup>	200 €	250 €	350 €	400 €	600 €
Lentilles remboursées par le R.O. / FORFAIT ANNUEL <sup>(4)</sup>	100 % BR	75 €	100 €	125 €	150 €
Lentilles non remboursées par le R.O. / FORFAIT ANNUEL <sup>(4)</sup>	Néant	75 €	100 €	125 €	150 €
Forfait vision - Chirurgie réfractive par oeil : <sup>(4)</sup> Glaucome, cataracte, implant oculaire, hypermétropie, astigmatie, presbytie, myopie	Néant	150 €	200 €	250 €	300 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
Appareil auditif de classe I du panier "100 % santé" <sup>(5)</sup>	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente	100 % du prix limite de vente
Appareil auditif de classe II "tarifs libres" ≥20 ans <sup>(5)</sup>	100 % BR	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Piles, accessoires et entretien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

### Tableau des garanties

SANTÉ SÉNIOR 65-85 ANS	ÉCO SéniOr	ZEN SéniOr	ÉQUILIBRE SéniOr	SÉRÉNITÉ SéniOr	EXCELLENCE SéniOr
<b>SOINS BIEN-ÊTRE (forfait annuel tous postes confondus) <sup>(4)</sup></b>					
Praticiens exerçant <u>exclusivement</u> dans l'une des spécialités suivantes : Ostéopathe, homéopathe, acupuncture, naturopathe, étio-pathe, kinésithérapeute, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure / podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (Par année d'assurance et par bénéficiaire)	25 € / séance limité à <b>2</b> séances + 1 séance supplémentaire la <b>3<sup>e</sup> année</b>	30 € / séance limité à <b>4</b> séances + 1 séance supplémentaire la <b>3<sup>e</sup> année</b>	30 € / séance limité à <b>5</b> séances + 1 séance supplémentaire la <b>3<sup>e</sup> année</b>	40 € / séance limité à <b>4</b> séances + 1 séance supplémentaire la <b>3<sup>e</sup> année</b>	40 € / séance limité à <b>5</b> séances + 1 séance supplémentaire la <b>3<sup>e</sup> année</b>
<b>PREVENTIONS BIEN-ÊTRE (forfait annuel tous postes confondus) <sup>(4)</sup></b>					
Vaccin non remboursé par le Régime Obligatoire médicaments et produits à base de nicotine dans un but de sevrage tabagique (avec autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : ANSM) • Traitement des troubles de la ménopause • Contraceptifs non remboursables par le Régime Obligatoire • Dépistage des infections génitales • Traitement de l'insuffisance veineuse • Patch anti-inflammatoire d'action locale • Vaccins recommandés aux voyageurs par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France • Antipaludéens • Vaccin en prévention du zona • Consultation de diététique • Abonnement à un club de sport sur prescription médicale • Testopatch en traitement des troubles de l'andropause • Dépistage des infections génitales par la chlamydia trachomatis • Les compléments alimentaires	30 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Ostéodensitométrie	30 €	50 €	60 €	70 €	80 €
<b>CURE THERMALE</b>					
Honoraires, frais de transport et d'hébergement et forfait thermal, pris en charge par le R.O.	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 175 €	100 % BR + 200 €

Adhésion entre 65 et 85 ans : les garanties ci-dessus sont libellées en pourcentage du tarif de responsabilité ou Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BR). Elles s'expriment en incluant le remboursement versé par le Régime Obligatoire à l'exception des forfaits sauf précision contraire. En toute situation, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

- (1) Pour les consultations, visites, actes techniques et de radiologie réalisés hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés.
- (2) Pour les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie et autres spécialités de même nature, les remboursements sont limités à 100 % de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.
- (3) Sauf les cas dérogatoires mentionnés aux Conditions Générales, les équipements ne peuvent être renouvelés que par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du précédent équipement. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 €. Les montants de forfait indiqués incluent le remboursement du Régime Obligatoire.
- (4) Les forfaits sont alloués une fois par an et par bénéficiaire.
- (5) Les équipements auditifs s'entendent par bénéficiaire et par oreille. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, le renouvellement de l'équipement se fera par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du précédent équipement, la prise en charge ne pouvant excéder 1 700 € au titre des équipements de Classe II.
- (6) Limité à trente jours par année d'assurance et par bénéficiaire

DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées incluant les anciennes dénominations "Contrat d'accès aux soins" (CAS) et Option de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM) et Option de Pratiques Tarifaires Maîtrisées Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).