

Interlocuteur : _____ Code n° : _____

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"/>
Enfant 1			F M	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2			F M	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotisation

	<input type="checkbox"/> ÉCO	<input type="checkbox"/> ZEN	<input type="checkbox"/> ÉQUILIBRE	<input type="checkbox"/> SÉRÉNITÉ	<input type="checkbox"/> EXCELLENCE
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_SANTEC_GAM_0724b valant notice d'information et vouloir adhérer au contrat groupe MUTUELLE SANTÉ SANTEC_GAM_0724 souscrit par l'Association GAMEST sis 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 démarchage 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

SANTÉ CLASSIQUE	ÉCO	ZEN	ÉQUILIBRE	SÉRÉNITÉ	EXCELLENCE
HOSPITALISATION					
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 adhérant à un DPTAM)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Praticiens non adhérant à un DPTAM)	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Transport	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Chambre particulière	40 € / jour ⁽⁷⁾	50 € / jour ⁽⁷⁾	60 € / jour ⁽⁷⁾	80 € / jour ⁽⁷⁾	100 € / jour ⁽⁷⁾
Frais d'accompagnement	Néant	20 € / jour ⁽⁸⁾	30 € / jour ⁽⁸⁾	35 € / jour ⁽⁸⁾	40 € / jour ⁽⁸⁾
SOINS COURANTS ^{(1) (2)}					
Honoraires médicaux (consultations-visites) (Praticiens adhérant à un DPTAM)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Honoraires médicaux (consultations-visites) (Praticiens non adhérant à un DPTAM)	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses en laboratoire / radiologie	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Pharmacie remboursée par le R.O.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires auxiliaires médicaux	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Frais de transport	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Prothèses mammaires et capillaires	100 % BR	125 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Prothèses et appareillage (non dentaire / non auditif)	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Soins à l'étranger remboursés par le R.O.	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE					
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	125 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Orthodontie remboursée par le R.O.	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Forfait Plus annuel après 3 ans (prothèses dentaires hors panier "100 % santé", orthodontie et implantologie remboursées ou non par le R.O.) ⁽⁴⁾	Néant	100 €	150 €	200 €	250 €
OPTIQUE					
Équipement classe A du panier "100 % santé" ⁽³⁾	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 ⁽³⁾	50 €	150 €	250 €	300 €	400 €
Équipement classe B à verres complexes ⁽³⁾	125 €	200 €	300 €	350 €	500 €
Équipement classe B à verres très complexes ⁽³⁾	200 €	250 €	350 €	400 €	600 €
Lentilles remboursées par le R.O. / FORFAIT ANNUEL ⁽⁴⁾	100 % BR	75 €	100 €	125 €	150 €
Lentilles non remboursées par le R.O. / FORFAIT ANNUEL ⁽⁴⁾	Néant	75 €	100 €	125 €	150 €
Forfait Plus annuel après 3 ans - Chirurgie réfractive par oeil : ⁽⁴⁾ Glaucome, cataracte, implant oculaire, hypermétropie, astigmatie, presbytie, myopie	Néant	150 €	200 €	250 €	300 €

Tableau des garanties

SANTÉ CLASSIQUE	ÉCO	ZEN	ÉQUILIBRE	SÉRÉNITÉ	EXCELLENCE
AIDES AUDITIVES					
Appareil auditif de classe I du panier "100 % santé" ⁽⁵⁾	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 ⁽⁵⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Appareil auditif de classe II "tarifs libres" ≥ 20 ans ⁽⁵⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Piles, accessoires et entretien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS BIEN-ÊTRE (forfait annuel tous postes confondus) ⁽⁴⁾					
Praticiens exerçant <u>exclusivement</u> dans l'une des spécialités suivantes : Ostéopathe, homéopathe, acupuncture, naturopathe, étiope, kinésologue, 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 2 séances + 1 séance supplémentaire la 3 ^e année	30 € / séance limité à 4 séances + 1 séance supplémentaire la 3 ^e année	30 € / séance limité à 5 séances + 1 séance supplémentaire la 3 ^e année	40 € / séance limité à 4 séances + 1 séance supplémentaire la 3 ^e année	40 € / séance limité à 5 séances + 1 séance supplémentaire la 3 ^e année
PREVENTIONS BIEN-ÊTRE (forfait annuel tous postes confondus) ⁽⁴⁾					
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 • Vaccin contre les gastro-entérites du nourrisson • 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 €
MATERNITÉ					
Forfait maternité naissance ou adoption (doublé en cas de naissance multiple)	Néant	100 €	125 €	150 €	200 €
ANNONCE DE DIAGNOSTIC SÉVÈRE (aménagement du lieu de vie) ⁽⁶⁾					
Selon la liste exhaustive figurant dans les Dispositions Générales valant notice	100 €	200 €	300 €	450 €	600 €

Adhésion jusqu'à 64 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 Dispositions Générales valant notice, 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^{er} 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 pouvant excéder 1 700 € au titre des équipements de Classe II.
- (6) Forfait alloué une fois unique par bénéficiaire pour toute la durée de validité du contrat pour l'annonce de diagnostic et/ou aménagement du lieu de vie.
- (7) Limité à trente jours par année d'assurance et par bénéficiaire.
- (8) Limité à trente jours par année d'assurance, tous bénéficiaires confondus.

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).