

# Demande d'adhésion

- À envoyer à Santé Cœur de Puisaye - QAPE - Immeuble BuroVert – ZA Les Hâtes du Vernoy 89130 Toucy
- par mail à [gestion@santecoeurdepuisaye.fr](mailto:gestion@santecoeurdepuisaye.fr)

Calculez votre tarif pour l'année 2017	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
	Initiale	Confort 150	Confort 200	Confort 300	Premium
Nombre d'adultes actifs	X 27 € =.....	X 40 € =.....	X 65 € =.....	X 100 € =.....	X 137 € =.....
Nombre d'enfants (gratuit dès le 3ème)	X 15 € =.....	X 24 € =.....	X 38 € =.....	X 56 € =.....	X 76 € =.....
Nombre de retraités	X 40 € =.....	X 60 € =.....	X 97 € =.....	X 151 € =.....	X 205 € =.....
Adhésion à l'Association Santé Cœur de Puisaye (montant par contrat)	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €
Soit la cotisation mensuelle totale pour vous et votre famille :	..... €	..... €	..... €	..... €	..... €

M ou  Mme Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Si professionnel ou entreprise : N° Siret .....  
 et raison sociale .....

Adresse .....

Code postal \_\_\_\_\_ Commune .....

Téléphone : \_\_\_\_\_ mail : .....@.....

Je donne mandat à QAPE pour procéder en mon nom aux démarches de résiliation de la mutuelle complémentaire santé en cours, dont les coordonnées sont (\*)

- N° de contrat : .....
- Date échéance (si connue) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Nom de l'assureur : .....
- Adresse de l'assureur pour la résiliation : .....

## Personnes à assurer :

	Nom & prénom	Date de naissance	N° de sécurité sociale
Vous			
Votre conjoint(e)			
Vos enfants			

Date de démarrage de contrat : .... / .... / 20....

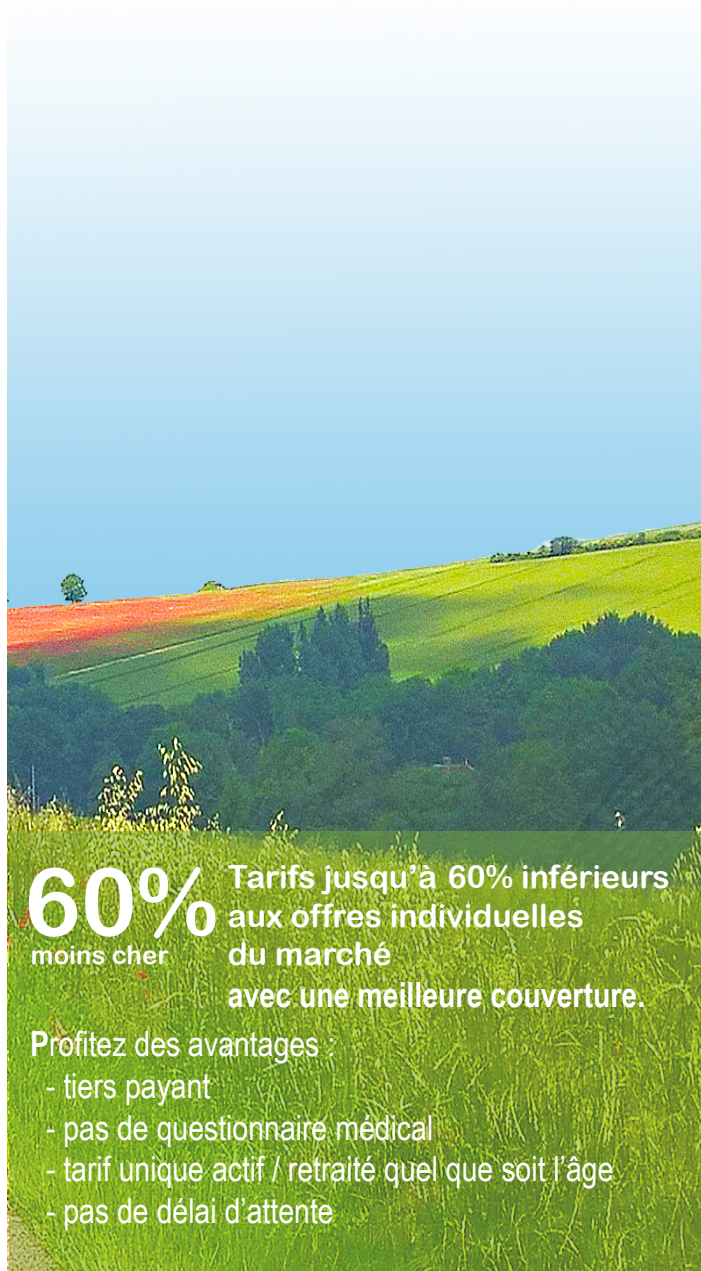
## Documents à joindre :

- Attestation vitale pour vous et votre famille
- RIB pour le paiement des cotisations (le prélèvement sera fait par Hélium)
- RIB pour le versement des prestations (si différent)

Votre signature :



Une mutuelle santé pour toutes les entreprises et résidents du territoire



**60%** moins cher  
 Tarifs jusqu'à 60% inférieurs aux offres individuelles du marché avec une meilleure couverture.

Profitez des avantages :

- tiers payant
- pas de questionnaire médical
- tarif unique actif / retraité quel que soit l'âge
- pas de délai d'attente

	Formule 1 INITIALE	Formule 2 CONFORT 150	Formule 3 CONFORT 200	Formule 4 CONFORT 300	Formule 5 PREMIUM
	A.M.O + mutuelle	A.M.O + mutuelle	A.M.O + mutuelle	A.M.O + mutuelle	A.M.O + mutuelle

MÉDECINE					
Honoraires médicaux <b>Généralistes</b> ~Praticien Signataire CAS	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux <b>Généralistes</b> ~ Praticien Non signataire CAS	100%	125%	150%	200%	200%
Honoraires médicaux <b>Spécialistes</b> ~ Praticien Signataire CAS	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux <b>Spécialistes</b> ~ Praticien Non signataire CAS	100%	125%	150%	200%	200%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire CAS	100%	150%	200%	300%	400%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire CAS	100%	125%	150%	200%	200%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire CAS	100%	150%	200%	300%	400%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire CAS	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	300%	300%
Analyses (Biologie)	100%	150%	200%	300%	300%

HOSPITALISATION (1)					
Frais de séjour	100%	150%	300%	400%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire CAS	150%	150%	200%	300%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire CAS	125%	125%	150%	200%	200%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ Par jour	0€	1% PMSS	1% PMSS	1% PMSS	2% PMSS
Chambre particulière (2) ~ Par jour	1% PMSS	2% PMSS	3% PMSS	5% PMSS	6% PMSS
Forfait journalier (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (dans la limite des frais engagés) (*) (**)	5% PMSS	7% PMSS	9% PMSS	15% PMSS	20% PMSS

DENTAIRE					
Soins dentaires	100%	150%	300%	400%	500%
Prothèses remboursées par l'AMO (4)	125%	150%	300%	400%	500%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	125%	150%	300%	400%	500%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	150%	300%	400%	500%
Orthodontie non remboursée par l'AMO (4)	387€	580€	1 161€	1 548€	1 935€
Dentaire non remboursé par l'AMO (4) (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 dents / an / bénéficiaire)	135€	160€	320€	430€	540€
Plafond par an / Bénéficiaire pour les prothèses dentaires (4)	805€	1 126€	1 448€	2 091€	3 218€

OPTIQUE					
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	60%	60%	60%	60%

Un EQUIPEMENT ADULTE / ENFANT (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (5)					
Forfait Monture adulte	50€	100€	150€	150€	150€
Forfait Verre unifocal simple et moyenne correction	25€	100€	150€	160€	160€
Forfait Verre unifocal forte correction	75€	125€	200€	275€	300€
Forfait Verre multifocal faible correction	100€	125€	200€	275€	300€
Forfait Verre multifocal forte correction	100€	150€	230€	330€	350€

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>					
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ Crédit annuel	100€	150€	250€	300€	450€
Opération des yeux (myopie, presbytie) ~ Par œil	100€	150€	250€	300€	450€
<b>TRANSPORT</b>					
Transport	100%	100%	100%	300%	300%
<b>APPAREILLAGES</b>					
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	100%	200%	300%	400%	500%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ Par oreille	100%	200%	300%	400%	500%
Autres prothèses	100%	200%	300%	400%	500%
Appareillages	100%	200%	300%	400%	500%
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%
<b>CURE THERMALE</b>					
Forfait cure	100%	100%	100%	100%	100%
Surveillance médicale	100%	100%	100%	100%	100%
Participation à l'hébergement et au transport	100% + 5% PMSS	100% + 7% PMSS	100% + 9% PMSS	100% + 15% PMSS	100% + 20% PMSS
<b>PRÉVENTION</b>					
Actes de prévention Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application Liste disponible auprès de la mutuelle.	100%	100%	100%	100%	100%
<b>PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b>					
Garantie Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection juridique santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Santé connectée prescrite	100€	150€	250€	350€	450€
Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés. Sevrage tabagique, Médicaments prescrits non remboursés, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe.	100€	150€	200€	300€	300€
<b>DÉCÈS (*)</b>					
Participation à l'hébergement et au transport	100% PMSS	100% PMSS	100% PMSS	100% PMSS	100% PMSS

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. (2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière n'est pas prise en charge en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour. (3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées. (4) Dentaire : Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO et le dentaire non remboursé par l'AMO. Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle). (5) Optique : Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans glissants sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 an glissant). (\*) Prestation garantie jusqu'à 69 ans par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660. (\*\*) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

## LEXIQUE

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire / **BR** : Base de Remboursement / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / **TM** : Ticket modérateur / **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle. Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées. Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.