

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

MONSIEUR MADAME MADEMOISELLE NOM _____

NOM DE JEUNE FILLE (S'IL Y A LIEU) _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE [][][][][][] N° SÉCURITÉ SOCIALE [][][][][][][][][][][][] CLÉ [][][][]

ADRESSE _____

CODE POSTAL [][][][][] VILLE _____ TÉL. DOMICILE [][][][][][][][]

ADRESSE MAIL _____ TÉL. PORTABLE [][][][][][][][]

SITUATION DE FAMILLE : CÉLIBATAIRE SÉPARÉ(E) DIVORCÉ(E) VEUF(VE) MARIÉ(E) PACSÉ(E) UNION LIBRE NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE _____

PROFESSION

PROFESSION EXACTE _____ NAF / APE : [][][][][][]

NOM - ADRESSE DE VOTRE EXPERT-COMPTABLE _____

CODE POSTAL [][][][][] VILLE _____ TÉLÉPHONE [][][][][][][][]

ADHÉSION

JE SOUHAITE SOUSCRIRE AU CONTRAT MORNAY TNS SANTÉ

À PARTIR DU [][][][][][]

→ ÂGE LIMITE D'ADHÉSION : 65 ANS

MODE DE PAIEMENT

JE SOUHAITE QUE LA PÉRIODICITÉ DES PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES SOIT :

MENSUELLE TRIMESTRIELLE SEMESTRIELLE

→ joindre une autorisation de prélèvement et un relevé d'identité bancaire ou postal.

JE SOUHAITE QUE MES PRESTATIONS SOIENT VERSÉES SUR UN COMPTE DIFFÉRENT DE CELUI SUR LEQUEL JE SUIS PRÉLEVÉ.

→ joindre un relevé d'identité bancaire ou postal **SI DIFFÉRENT**

MORNAY TNS SANTÉ

GARANTIE RETENUE : ESSENTIEL SÉRÉNITÉ PRESTIGE

BÉNÉFICIEZ-VOUS JUSQU'À CE JOUR DE GARANTIES « FRAIS DE SANTÉ » ÉGALES OU SUPÉRIEURES : OUI NON

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE SANTÉ - À compléter en caractères d'imprimerie

NOM & PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE si différent de l'assuré	CLÉ	RÉGIME OBLIGATOIRE si différent de l'assuré (Ex : GÉNÉRAL, MSA, MGEN...)	COTISATION ANNUELLE
ADHÉRENT	[][][][][][]	[][][][][][][][][][][][]	[][][][]		[][][][][][][] €
CONJOINT	[][][][][][]	[][][][][][][][][][][][]	[][][][]		[][][][][][][] €
1 ^{ER} ENFANT	[][][][][][]	[][][][][][][][][][][][]	[][][][]		[][][][][][][] €
2 ^{ES} ENFANT	[][][][][][]	[][][][][][][][][][][][]	[][][][]		[][][][][][][] €
3 ^{ES} ENFANT	[][][][][][]	[][][][][][][][][][][][]	[][][][]		[][][][][][][] €
4 ^{ES} ENFANT	[][][][][][]	[][][][][][][][][][][][]	[][][][]		[][][][][][][] €
COTISATION ANNUELLE À L'APGME (sauf si vous êtes déjà adhérent)					[][][][][][][] €
SOIT, LA 1 ^{RE} ANNÉE, UN TOTAL DE					[][][][][][][] €

PIÈCES À JOINDRE

- Copie de votre attestation vitale et celle de vos ayant-droits, le cas échéant.
- Certificat de radiation de votre ancienne mutuelle ou assureur, s'il y a lieu.
- Autorisation de prélèvement et relevés d'identités bancaires pour vos prélèvements et vos prestations, s'il y a lieu.
- Attestation de votre Caisse d'Assurance maladie et vieillesse certifiant que vous êtes à jour de vos cotisations.

- Je demande à adhérer à l'APGME, et simultanément au contrat collectif à adhésion facultative MORNAY TNS SANTÉ souscrit par l'APGME auprès de Mornay Mutuelle. Je donne mandat à l'APGME ayant son siège social 5 à 9 rue Van Gogh - 75591 Paris Cedex 12, pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et me représenter auprès de ceux-ci.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales valant notice d'information du contrat MORNAY TNS SANTÉ et de celles du contrat d'assistance garanti par Europ Assistance.
- Par la signature de la présente demande, j'autorise expressément Mornay Mutuelle et l'APGME à conserver par informatique les données me concernant et à les transmettre à ses mandataires si la gestion du contrat l'exige. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, j'ai noté que je dispose d'un droit d'accès et de rectification de ces données figurant sur les fichiers de l'Assureur en m'adressant par écrit au siège social de Mornay Mutuelle ou au siège social de l'APGME.
- Pour pouvoir bénéficier de la fiscalité "Loi madelin" (article 154 bis du CGI), je joins obligatoirement l'attestation délivrée par ma caisse d'assurance maladie et vieillesse et certifie que je suis à jour de mes cotisations au titre des régimes obligatoires.

FAIT À _____

LE _____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT,
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPRUVÉ"

VOTRE CENTRE DE GESTION - MORNAY MUTUELLE - BP 419 - 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX
TÉLÉPHONE : 04 75 80 20 80 - TÉLÉCOPIE : 04 75 80 20 70 • mornaymutuelle@groupemornay.asso.fr • www.plansante.com

NATURE ET NIVEAU DES GARANTIES EN VIGUEUR AU 1^{ER} JANVIER 2008

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	ESSENTIEL	SÉRÉNITÉ	PRESTIGE
HONORAIRES MÉDICAUX (CONSULTATIONS - VISITES)	100 % BR	200 % BR	300 % BR
MÉDECINE NATURELLE : OSTÉOPATHES, CHIROPRACTEURS ¹	Néant	50 €	75 €
VACCIN ¹	Néant	15 €	30 €
FRAIS PHARMACEUTIQUES	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HONORAIRES CHIRURGICAUX ² - ACTES DE CHIRURGIE - ACTES D'ANESTHÉSIE - ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX - ACTES D'OBSTÉTRIQUE	100 % BR	200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION - FRAIS DE SÉJOUR ²	100 % BR	200 % BR	300 % BR
SÉJOUR EN MAISON DE REPOS ET ASSIMILÉS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION POUR MOTIF PSYCHIATRIQUE / SECTEUR CONVENTIONNÉ	100 % BR	100 % BR	100 % BR
FORFAIT HOSPITALIER ³	Prise en charge		
CHAMBRE PARTICULIÈRE (PAR JOUR) ⁴	Néant	40 €	75 €
FRAIS DE LIT D'ACCOMPAGNANT (PAR JOUR) POUR HOSPITALISATION D'UN ENFANT À CHARGE ÂGÉ DE MOINS DE 12 ANS	Néant	40 €	75 €
FRAIS D'ANALYSES MÉDICALES	100 % BR	200 % BR	300 % BR
FRAIS D'AUXILIAIRES MÉDICAUX	100 % BR	200 % BR	300 % BR
RADIOLOGIE ² ACTE D'IMAGERIE	100 % BR	200 % BR	300 % BR
ECHOGRAPHIE ²	100 % BR	200 % BR	300 % BR
DENTAIRE - SOINS DENTAIRES	100 % BR	200 % BR	300 % BR
- PROTHÈSES DENTAIRES ⁵ • REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	100 % BR	200 % BR	300 % BR
• NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	200 % BR	300 % BR
- TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES ⁵ • REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	200 % BR	300 % BR
- IMPLANTS DENTAIRES ¹	Néant	10 % PMSS	20 % PMSS
PLAFOND DE REMBOURSEMENT PROTHÈSES DENTAIRES/ORTHODONTIE/IMPLANTS DENTAIRES	600 €	1000 €	1600 €
OPTIQUE - VERRES ⁶	2 % PMSS	4 % PMSS	8 % PMSS
- MONTURE ⁶	2 % PMSS	4 % PMSS	8 % PMSS
- LENTILLES REMBOURSÉES OU NON PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE, JETABLES OU NON ¹⁻⁵	2 % PMSS	4 % PMSS	8 % PMSS
- CHIRURGIE RÉFRACTIVE (OPÉRATION DE LA MYOPIE). PAR ŒIL.	Néant	4 % PMSS	8 % PMSS
ORTHOPÉDIE - APPAREILLAGE, PROTHÈSES AUTRES QUE DENTAIRE	100 % BR	200 % BR	300 % BR
CURES THERMALES (REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE) ¹⁻⁵	Néant	8 % PMSS	16 % PMSS
PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION (PAR ENFANT)	Néant	8 % PMSS	16 % PMSS
AUTRES SOINS ET TRAITEMENTS - PILULES CONTRACEPTIVES, TRAITEMENTS OESTRO-PROGESTATIFS, IMPLANTS CONTRACEPTIFS ¹	Néant	20 €	40 €
- INDEMNITÉS KILOMÉTRIQUES, INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT, FRAIS DE TRANSPORT	100 % BR	125 % BR	150 % BR
ASSISTANCE	Oui	Oui	Oui

BR : base de remboursement • PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

1. Par an et par bénéficiaire • 2. Base de Remboursement : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné • 3. Prise en charge à hauteur de 16 € en 2008 limitée à 100 jours par année civile sauf hospitalisation pour motif psychiatrique en établissement conventionné limité à 30 jours par an • 4. Limitation à 100 jours par année civile comme pour le forfait hospitalier. La chambre particulière n'est pas prise en charge dans le cadre d'un accouchement ou d'un séjour en maison de repos et assimilés et service de psychiatrie • 5. Les actes non référencés dans la CCAM (classification commune des actes médicaux) et considérés comme hors nomenclature dans l'ancienne classification (NGAP) ne sont pas pris en charge • 6. Une paire par an et par bénéficiaire (monture : 1 monture par an et par bénéficiaire).

Toutes les prestations incluent les remboursements de la Sécurité sociale (éventuellement reconstituées) et sont limitées aux dépenses réelles engagées. Toutefois en cas de désengagement de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne se substituera pas à celle-ci.

Les prestations pourront être modifiées afin d'être mises en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits "responsables" ou "aidés" et les décrets pris pour son application.

- J'autorise le créancier désigné ci-dessous à faire prélever, en sa faveur, auprès de l'Établissement teneur de mon compte, les sommes dont je lui serai redevable au titre des cotisations.
La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

407066

NOM - PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

.....
.....
.....
.....

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

.....
.....
.....
.....

COMPTE À DÉBITER

Établissement	Codes	Guichet	N° du compte	Clé RIB
.....

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MORNAY MUTUELLE
BP 419
07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01-04-1980 de la Commission Informatique et Libertés.



MORNAY MUTUELLE

MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ, INSCRITE AU REGISTRE NATIONAL DES MUTUELLES SOUS LE N° 344 033 360

BP 419 - 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX

N° PRÉFECTORAL 26M004718 - SIRET N° 344 033 360 00027 - CODE APE 660 G

CRÉATION AGME - 1-TNS.006/08

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements correspondants à ma cotisation Mutuelle. En cas de litige sur ces prélèvements, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

407066

NOM - PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

.....
.....
.....
.....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MORNAY MUTUELLE
BP 419
07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX

COMPTE À DÉBITER

Établissement	Codes	Guichet	N° du compte	Clé RIB
.....

Date :

Signature
du titulaire du compte à débiter

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

.....
.....
.....
.....

Prrière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE).

DESTINATAIRE

(inscrivez ici les coordonnées de votre mutuelle ou compagnie d'assurance)

NOM

ADRESSE

CP VILLE

RÉSILIATION

Je soussigné(e)

NOM

Prénom

N° de contrat

Vous prie de prendre note que je résilie le contrat référencé ci-dessus à sa prochaine échéance prévue à la date du |__|__|__|__|__|__|

Je vous remercie de m'adresser en retour mon certificat de radiation et de mettre fin, le cas échéant, au protocole de télétransmission, à la date de résiliation.

Fait à

le |__|__|__|__|__|__|

Signature :