Jeunes, Familles, Retraités

Faites des économies en étant mieux remboursés !

Crédits photos : fotolia - 01/15 - 2X

Pourquoi créer une Mutuelle de Village ?

- Mutualiser les moyens pour faire baisser les coûts
- Un tarif identique quelque soit l'âge
- Un service de proximité au sein de votre village

Les services :

- Une permanence au sein de votre Mairie
- Des prestations et tarifs avantageux
- Tiers-Payant National
- Consultations et demandes sur notre site internet www.mutuelle-catalane.com 24H/24, 7J/7
- Des conseillers à votre écoute au 04.68.34.45.66

20 avenue de Grande-Bretagne
66029 Perpignan Cedex
(Du Lundi au Vendredi : 8h15-12h / 13h30-17h15)

Nous contacter pour un renseignement ou une étude personnalisée

04.68.34.45.66

contact@mutuelle-catalane.com

Mutuelle régie sous le Livre II du code de Mutualité - n° siren 302 476 536

www.mutuelle-catalane.com

LA MUTUELLE CATALANE

Optez pour une mutuelle plus humaine

TARIFS - MUTUELLE DE VILLAGE

LA MUTUELLE CATALANE

Optez pour une mutuelle plus humaine

à compter du 01 janvier 2016

SITUATION FAMILIALE	MV1	MV2	MV3
	MONTANT COTISATION	MONTANT COTISATION	MONTANT COTISATION
ADHERENT SEUL	40,80 €	61,20 €	76,50 €
ADHERENT - COUPLE	81,60 €	122,40 €	153,00 €
1ER ENFANT (1)	17,00 €	23,00 €	30,00 €
2EME ENFANT (1)	15,00 €	21,00 €	28,00 €
3EME ENFANT ET SUIVANTS (1)	GRATUIT		

(1) Est considéré comme "enfant": l'enfant de - de 21 ans

GRATUITÉ ENFANT DE - 12 MOIS

LA MUTUELLE CATALANE

Optez pour une mutuelle plus humaine

www.mutuelle-catalane.com

LA MUTUELLE CATALANE

GAMME SANTÉ - MUTUELLE DE VILLAGE 2016

2016 RISQUES GARANTIS	Base Sécurité sociale	MV1	MV2	MV3
Hospitalisation				
Frais de Séjour (medecine et chirurgie)	80%	150%	250%	300%
Honoraires, Actes de chirurgie et Anesthésie	80%	150%	250%	300%
Forfait Hospitalier (18euros/jour:hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital, hors psychiatrie et rééducation convalescence)	+	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Forfait Hospitalier Psychiatrie	+	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Forfait Hospitalier Rééducation Convalescence	+	Frais Réels 30Jours / An	Frais Réels 45 Jours / An	100 % Frais Réels
Forfait Participation Assuré (franchise 18 €)	+	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Chambre Particulière (hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital , hors psychiatrie et rééducation convalescence)	+	40 € par jour (prise en charge illimitée)	60 € par jour (prise en charge illimitée)	75 € par jour (prise en charge illimitée)
Chambre Particulière Psychiatrie	+	-	-	25€ par jour limitée à 30 jours par An
Chambre Particulière Rééduc. Convalescence	+	-	-	25€ par jour limitée à 60 jours par An
Frais d'accompagnant enfant - de 16 ans (hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital hors psychiatrie rééducation convalescence)	+	10€/jour	26€/jour	32€/jour
Transport	65%	150%	250%	300%
Actes Médicaux				
Visites (3)	70%	150%	250%	300%
Consultations (3)	70%	150%	250%	300%
Actes de Spécialistes (3)	70%	150%	250%	300%
Soins à l'étranger (1)	60% à 100%	100%	100%	100%
Autres Actes Médicaux				
Auxiliaires Médicaux : infirmiers, kinés,...	60%	150%	250%	300%
Actes de Radiologie, Echographie	70%	150%	250%	300%
Analyses Biologiques	60%	150%	250%	300%
Pharmacie				
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	65%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	30%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	15%	100%	100%	100%
Dentaire				
Soins Dentaires	70%	150%	250%	300%
Prothèses Dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	70%	150%	250%	350%
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	70%	150%	250%	350%
Implantologie	+	-	100€/an	200€/an
Optique				
Lunettes acceptées par le régime obligatoire	60%	100%	100%	100%
FORFAIT annuel Verres Simples et Monture par personne protégée (2)	+	150 €	250 €	350 €
FORFAIT Annuel Verres Complexes et Monture (2)	+	250 €	350 €	450 €
FORFAIT Lentilles acceptées et refusées par le Régime Obligatoire (limité à 1 forfait par an)	+	-	100 €	200 €
Prothèses				
Prothèses Auditives	65%	100%	100%	100%
FORFAIT Prothèses Auditives (Par an et par personne)	+	100 €	150 €	300 €
Prothèses Orthopédiques	60%	100%	100%	100%
FORFAIT Orthopédie (Par an et personne)	+	-	-	93 €
Cures Thermales				
Honoraires / Soins	65%	100%	100%	100%
Médecines Douces / Bien Etre (Ostéopathes, Acupuncteurs, Etiopathes, Homéopathes, Diététiciens, Podologues)		Forfait 60 € par an par bénéficiaire	Forfait 100 € par an par bénéficiaire	Forfait 150 € par an par bénéficiaire
Vaccins (non remboursés par la sécurité sociale)		30 €	40 €	50 €
Actes et Examens de Prevention				
Dépistage Hépatite B	65%	100%	100%	100%
Dépistage des troubles de l'audition (1 fois tous les 5 ans)	65%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (Examen tous les 6 ans pour les femmes de +50ans)	65%	100%	100%	100%
Détartrage complet (limité à 2 séances par an)	65%	100%	100%	100%
MUTUELLE ASSISTANCE (24h/24 et 7j/7)	+	OUI	OUI	OUI
FOND DE SECOURS EXCEPTIONNEL	+	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT	+	OUI	OUI	OUI

TOURNEZ S'IL VOUS PLAIT

LA MUTUELLE CATALANE
Optez pour une mutuelle plus humaine

BULLETIN D'ADHESION / CONTRAT Individuel

20 AVENUE DE GRANDE BRETAGNE • 66 029 PERPIGNAN CEDEX
04 68 34 45 66 • contact@mutuelle-catalane.com
Mutuelle régie sous le Livre II du code de la Mutualité • N° SIREN : 302 476 536

N° Adhérent

VOUS ÊTES

☐ Salarié ☐ Retraité ☐ Etudiant ☐ TNS (Profession libérale/indépendant) ☐ Mutuelle de Village ☐ Sans emploi ☐ Autre

COMMUNE *(si Mutuelle de Village)* .....

ADHERENT : Je soussigné(e), Nom ..... Prénoms .....

Date de Naissance ..../..../.... Lieu de Naissance .....

Numéro de sécurité sociale : └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

ALD : ☐ OUI ☐ NON Nom du Médecin Traitant .....

Demande mon inscription, ainsi que celle des membres de ma famille désignés ci-dessous, à la MUTUELLE CATALANE

à compter du ..../..../.... CONTRAT :

CONJOINT Nom ..... Prénoms .....

Date de Naissance ..../..../.... Lieu de Naissance .....

Numéro de sécurité sociale └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

ALD : ☐ OUI ☐ NON Nom du Médecin Traitant .....

ENFANT(S)

Noms Prénoms	Date	Lieu de Naissance
.....	..../..../....	.....
.....	..../..../....	.....
.....	..../..../....	.....

ADRESSE

N° ..... Rue ..... Code Postal ..... Ville .....

Tél. Fixe ..... Adresse Electronique ..... Tél. Port .....

Je reconnais avoir pris connaissance des Statuts, du Règlement Mutualiste, du Règlement Intérieur et du document relatif aux cotisations et prestations suivant le contrat choisi. Je m'engage à informer la mutuelle de tout changement de mon état de santé (bénéficiaire d'une ALD) ou tout accident entraînant des frais de santé.

Pour les adhésions facultatives :

Je souhaite que ma cotisation soit prélevée chaque : ☐ Mois ☐ Trimestre ☐ Semestre ☐ Année

Fait à Perpignan, le ..../..../.... Signature :

P. S. : Joindre impérativement :
❶ La photocopie de l'attestation de droits de la Sécurité Sociale ainsi que celle des autres bénéficiaires du contrat
❷ Un Relevé d'Identité Bancaire SEPA ❸ Chèque du montant du premier mois de cotisation
❹ Photocopie de la carte d'identité ❺ Carte étudiant pour les étudiants

EN CAS DE PAIEMENT PAR PRELEVEMENT MERCI DE REMPLIR ET SIGNER LE MANDAT FIGURANT CI-DESSOUS :

CREANCIER
LA MUTUELLE CATALANE
20 Avenue de Grande-Bretagne
66 029 PERPIGNAN CEDEX

Numéro RUM └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Paiement ☐ Paiement récurrent / répétitif
☐ Paiement ponctuel / unique

DÉBITEUR

Nom, Prénom .....

Adresse .....

Code Postal, Ville .....

Pays .....

IBAN └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

BIC └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Fait à Perpignan Signature :

Le ..../..../....

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur (fournies seulement à titre indicatif)

.....

.....

.....

.....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et contesté. Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

LA MUTUELLE CATALANE

20 avenue de Grande-Bretagne
66029 Perpignan Cedex
www.mutuelle-catalane.com
contact@mutuelle-catalane.com

Téléphone : 04 68 34 55 57 – Fax : 04 68 51 21 29

Documents à fournir
ADHESION A LA
MUTUELLE DE VILLAGE

- ☐ **L'adhésion prend effet au 1er du mois** suivant de la demande.
- ☐ **L'adhésion est annuelle,** renouvelable par tacite reconduction.
- ☐ **Aucun dossier ou questionnaire médical.**
- ☐ **Les adhérents bénéficient du tiers payant** auprès des pharmacies, des laboratoires et des établissements hospitaliers privés ou publics.
- ☐ **Cotisation** : elle peut être prélevée mensuellement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent.
- ☐ **Pas de délai de carence**

Documents à fournir :

- ☐ Le bulletin d'adhésion ci-joint dûment complété et signé,
- ☐ Une photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille,
- ☐ Justificatif de domicile (datant de moins de 3 mois)
- ☐ Une photocopie de **l'attestation** de sécurité sociale
- ☐ L'imprimé "demande et autorisation de prélèvement" daté, signé et accompagné d'un RIB si vous souhaitez que la cotisation soit prélevée mensuellement,
- ☐ Le règlement du premier mois de cotisation, par chèque ou espèces.