

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION / MODIFICATION AU CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE



ENTREPRISE

AFFILIATION - Date d’effet :

MODIFICATION - Date d’effet :

Numéro Adhérent

Modification administratives* :

*Sous réserve de la production des justificatifs prévus

Ajout d’ayant(s) droit

Radiation d’ayant(s) droit

Changement d’option

Changement de coordonnées

GARANTIES

Base (sans option) :

Option (selon contrat entreprise) :

PARTICIPANT

Salarié CADRE

Salarié NON CADRE

CAPE

Nom :

Nom de naissance :

Prénom (s) :

Né (e) le :

Téléphone (*obligatoire*) :

Mail (*obligatoire*)

En cochant cette case, j’accepte de recevoir par mail des informations et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Télétransmission :

Oui Non

N° Sécurité Sociale (avec la clé):

Régime Général

Régime Alsace Moselle
(selon contrat entreprise)

BENEFICIAIRES *

Enfant(s) :

NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité Sociale :	<u>Télétransmission</u>	
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non

Conjoint(e), concubin(e), pacs(é) :

Qualité : Conjoint Concubin

Pacsé

Nom :

Nom de naissance:

Prénom(s) :

Sexe : M F

Né(e) le :

Télétransmission :

Oui Non

N° Sécurité Sociale (avec la clé):

*Sous réserve que les bénéficiaires soient optionnels dans votre contrat entreprise

Paiement des cotisations :

En cas de souscription à des garanties optionnelles ou bénéficiaires optionnels :

Les cotisations sont payables par prélèvement bancaire automatique, le 15 du mois. (Remplir le mandat de prélèvement SEPA joint en annexe).

Le tableau de garanties, les cotisations et la notice d'information sont à disposition auprès de votre employeur.

Informations concernant la souscription à des garanties optionnelles ou bénéficiaires optionnels :

- L'affiliation optionnelle vaut obligatoirement pour le salarié et les ayant droits bénéficiant des garanties collectives et obligatoires.
- Les garanties optionnelles suivent le sort des garanties collectives et obligatoires en cas de maintien (sauf dispositions particulières), de suspension, ou de cessation ou de résiliation de ces dernières.
- Le salarié peut résilier son affiliation optionnelle chaque 31 décembre sous réserve d'en aviser la mutuelle au plus tard le 31 octobre précédent ou en cas de modification de la composition de la famille.
- En cas de résiliation de l'affiliation aux garanties optionnelles ou bénéficiaires optionnels, l'intéressé ne peut solliciter une nouvelle affiliation à leur titre qu'après un délai de carence de 24 mois.

DOCUMENTS A FOURNIR

- Le bulletin de modification complété et signé
- Le mandat de prélèvement SEPA signé en cas de souscription à l'option
- un BIC/IBAN
- La photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie du (des) nouveau(x) bénéficiaire(s)
- Justificatifs enfants : pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant leurs études, un certificat de scolarité et une copie de l'attestation du régime étudiant pour ceux de plus de 25 ans ; pour les enfants de moins de 25 ans au chômage, une copie de l'attestation Assedic ; pour les enfants en apprentissage ou entrant dans le cadre des contrats d'insertion en alternance, un certificat attestant de leur situation ; pour les enfants bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés, une copie de l'attestation de la CAF

Tout autre document pourra être demandé par la Mutuelle.

- Je soussigné(e), pour moi-même et pour les personnes désignées, déclare adhérer à la Mutuelle des Scop (MUCS) dont les statuts et la notice d'information m'ont été communiqués.
- Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires de la mutuelle et, en particulier, à transmettre toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes sécurité sociale). Dans le cas contraire, j'informe par écrit le service adhésion de mon refus.
- Je m'engage à restituer au Souscripteur ma carte d'adhérent, en cas de radiation.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Le membre participant, ainsi que toute personne, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Fait à, le

<u>Signature du participant</u> Précédée de la mention « lu et approuvé »	<u>Cachet de l'entreprise</u> <u>et signature du représentant légal</u>

MANDAT PRELEVEMENT SEPA

Ce mandat SEPA est à remplir en cas de souscription à une garantie optionnelle ou en cas de bénéficiaire optionnel suivant la configuration du contrat entreprise établi.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Mutuelle des Scop et des Scic** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **Mutuelle des Scop et des Scic**.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique de Mandat (à compléter par le créancier)

Identifiant Créancier SEPA : **FR87ZZZ432131**

Veillez compléter le formulaire et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

NOM – PRENOM DE L'ADHÉRENT :

N° de SS DE L'ADHERENT :

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER		ORGANISME CRÉANCIER	
Nom		Nom	Mutuelle des Scop et des Scic
Prénom			
Adresse		Adresse	12, Quai de la Mégisserie 75001 PARIS
Code Postal			
Ville			
Pays	FRANCE	Pays	FRANCE

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN* (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC* (Bank Identifier Code)

Date de prélèvement : le 15 du mois - **Périodicité** : Mensuelle

Signé à _____ Le _____

Signature

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. 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 Liberté.

Mode d’emploi pour remplir son bulletin en 3 étapes !

ETAPE 1 – Se munir des documents suivants :

- **Attestation de droits** sécurité sociale pour chaque personne couverte
 - Vous n’avez pas ce document ? vous pouvez le trouver sur votre compte personnel sur le site ameli.fr
- Le relevé d’identité bancaire



Numéro de l'assuré : 2 73 12 XXXXXXXXXX
Nom de l'assuré :

Valable du 08/09/2020 au 07/09/2021 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Attestation de droits à l'assurance maladie

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires de droit)	modulation modérateur
01 731 0541	10	2 73 12 XXXXXXXXXX	
Bénéficiaires) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	date de naissance
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX déclaré un médecin traitant		a 2 73 12 XXXXXXXXXX	12/12/19

ETAPE 2 – Compléter le bulletin d’affiliation * :

*Le bulletin peut être directement complété et signé dans le document pdf.

- 1) Indiquer votre **ENTREPRISE** et la date d’affiliation souhaitée.
- 2) **GARANTIES** : si votre entreprise a choisi un contrat qui propose des garanties optionnelles (à adhésion facultative), vous pouvez y souscrire en indiquant la référence de la garantie choisie. Pour cela, aidez-vous de la notice d’information remise par votre employeur.
 ¶ La cotisation de la garantie facultative sera intégralement à votre charge ; pour le règlement de la cotisation, vous devez remplir le mandat SEPA (page 3 du bulletin)
- 3) **PARTICIPANT** et **BENEFICIAIRES** :
 - a. Renseigner les champs demandés (Nom, coordonnées,...) ;
 - b. Indiquer si vous souhaitez que soit mise en place la **TELETRANSMISSION**.

ENTREPRISE

AFFILIATION - Date d’effet :
MODIFICATION - Date d’effet : **Numéro Adhérent**

Modification administratives* : Ajout d’ayant(s) droit Changement d’option
 Radiation d’ayant(s) droit Changement de coordonnées
*Sous réserve de la production des justificatifs prévus

GARANTIES **Base (sans option) :** **Option (selon contrat entreprise) :**

PARTICIPANT **Salarié CADRE** **Salarié NON CADRE** **CAPE**

Nom :
 Nom de naissance : Sexe : M F
 Prénom (s) :
 Né (e) le :
 Téléphone (obligatoire) :
 Mail (obligatoire) :
 En cochant cette case, j’accepte de recevoir par mail des informations et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

N° Sécurité Sociale (avec la clé) : **Télétransmission :**
 Oui Non

C’est quoi la Télétransmission ? la télétransmission (ou connexion NOEMIE) est la transmission informatique automatique de vos données de soins entre votre caisse de Sécurité sociale et la Mutuelle des Scop !
 Sans télétransmission, vous devez nous adresser les décomptes de Sécurité Social ainsi que les pièces complémentaires.

ETAPE 3 – Valider et transmettre votre affiliation :

Une fois les informations renseignées, il ne vous reste plus qu’à transmettre le bulletin d’affiliation à votre responsable interne pour la Mutuelle (RH, gérant...). C’est ce dernier qui se chargera de le transmettre à la Mutuelle.

Dès que la Mutuelle a enregistré votre adhésion, vous recevez un mail ou un courrier de confirmation.

Vous pouvez alors vous connecter à votre **espace adhérent** pour télécharger votre **CARTE TIERS PAYANT**. Une carte imprimée vous sera également envoyée par courrier.



Créez votre espace adhérent en ligne sur
www.mutuelledesscop.fr



Et pour recevoir vos décomptes par mail, rendez-vous dans la rubrique « Mode d’envoi des décomptes » et sélectionnez « par mail ».



Des alertes SMS dès 25 € de remboursements de soins effectués sur votre compte par la mutuelle.

Pour nous contacter, c’est simple !

Par mail : contact@mutuelledesscop.fr

Par courrier : 12 quai de la Mégisserie 75001 Paris

Par téléphone : 01.42.36.92.06