



Code distributeur 528

CABINET LASSUREUR
5 PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE
TEL 0950 220 200
conseil@mutuellesante.com
ORIAS 0951556

ASSURANCE

MUTUELLE SANTÉ



www.malj.fr



TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES

Eco

Nature

Confort

Confort +

Prestige

Prestige +



FRAIS HOSPITALIERS*

Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux (praticiens adhérent à l'OPTAM ou OPTAM CO)	100 %	100 %	125 %	200 %	250 %	Frais réels*
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 %	100 %	100 %	175 %	200 %	200 %
Transport	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	400 %
Chambre particulière ⁽¹⁾	-	15 € / j	40 € / j	45 € / j	60 € / j	70 € / j
Lit d'accompagnement enfant de - de 12 ans <i>garanti par le contrat</i>	-	-	15 € / j	15 € / j	15 € / j	15 € / j
Prime de naissance réservée aux assurées	-	-	50 €	80 €	100 €	150 €



OPTIQUE⁽¹⁾

Equipelement simple ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 €	160 €	200 €	300 €
Equipelement complexe ou très complexe ⁽¹⁾			200 €	200 €	200 €	300 €
Lentilles remboursées ou non par le RO - Forfait annuel	50 €	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €
Forfait Plus annuel après 3 ans d'adhésion forfait supplémentaire optique et/ou opération de la myopie	-	-	25 €	50 €	75 €	75 €



DENTAIRE

Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	400 %
Prothèses dentaires et orthodontie	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %	400 %
Forfait Plus annuel après 3 ans d'adhésion pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires remboursés ou non par le RO	-	20 €	100 €	150 €	200 €	250 €



MÉDECINES DOUCES

Homéopathie, microkinésithérapie, ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien	-	50 € la 1 ^{ère} année 75 € la 2 ^{ème} année 150 € à partir de la 3 ^{ème} année	30 €	30 €	50 € la 1 ^{ère} année 75 € la 2 ^{ème} année 150 € à partir de la 3 ^{ème} année	50 € la 1 ^{ère} année 75 € la 2 ^{ème} année 150 € à partir de la 3 ^{ème} année
---	---	---	------	------	---	---



SOINS MÉDICAUX COURANTS⁽²⁾

Consultations + visites médicales (praticiens adhérent à l'OPTAM ou OPTAM CO)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	400 %
Consultations + visites médicales + analyses + radiologie	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	400 %
Pharmacie remboursée par le RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses non dentaires	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	400 %
Soins à l'étranger pris par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



AUTRES PRESTATIONS

PREVENTION (forfait annuel)						
Pillule micro-dosée ou préservatifs						
Vaccin anti-grippe	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Substituts nicotiniques						
Dépistage de l'ostéoporose						
Assistance	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus

Adhésion jusqu'à 65 ans. Les garanties ci-dessus sont libellées en pourcentage du tarif de responsabilité ou de base. Elles s'expriment inclusion faite du régime obligatoire, sauf pour les forfaits.

(*) en établissements conventionnés. Les frais de séjour et honoraires en frais réels sont limités à 400% de la base de remboursement de l'assurance Maladie. La chambre particulière est exclue en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie. (1) les forfaits optiques sont biennaux, non cumulables et le coût des montures limité à 150 €, conformément au décret du 18.11.2014 sur les contrats responsables.

(2) les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie et assimilés sont limitées à **100 % de la base de remboursement de l'Assurance Maladie**

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée - OPTAM CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

RO : Régime Obligatoire



Nom : Prénom :

Adresse :

Tél : e-mail :

Notre
D
E
V
I
S

FORMULES

ECO

NATURE

CONFORT

CONFORT +

PRESTIGE

PRESTIGE +

COTISATION MENSUELLE TTC

€

€

€

€

€

€

Date du devis : Document non contractuel, devis valable 30 jours à compter de son émission



DEMANDE D'ADHÉSION MUTUELLE SANTÉ

Date d'effet souhaitée :
échéance annuelle : 1^{er} janvier

PAIEMENT DE LA COTISATION
ANNUEL SEMESTRIEL TRIMESTRIEL MENSUEL

MODE DE PAIEMENT *prélèvement obligatoire en cas de fractionnement trimestriel ou mensuel*
 PRÉLÈVEMENT LE 08 PAR CHÈQUE BANCAIRE

Code distributeur 528
CABINET LASSUREUR
5 PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE
TEL 0950 220 200
conseil@mutuellesante.com
ORIAS 0951556

Adhésion nouvelle
 Modification adhésion N°
 Sociétaire N°

LE SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT

M Mme
Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Tél : Adresse e-mail :
Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre PACS
Né(e) le : Profession :
Numéro de sécurité sociale : Code organisme :
 Je demande à bénéficier de la loi Madelin (pour les TNS uniquement)

LES ASSURÉS

	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe M / F	Régime Social			
					Général	Agricole	TNS	Al/Lor
Adhérent					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA COTISATION

Eco Nature Confort Confort + Prestige Prestige +
Cotisation mensuelle € € € € € €

Rabais Multi-Détention : n° des autres contrats MALJ

PIÈCES À PRODUIRE

 Avant de nous adresser votre demande d'adhésion, vérifiez que celle-ci soit **correctement complétée et signée**.

- copie de votre attestation Vitale d'assuré social et/ou des autres assurés
- un RIB ou RIP pour le prélèvement des cotisations et le paiement des prestations
- un mandat SEPA
- un certificat de radiation de moins de 30 jours + le tableau de vos précédentes garanties pour l'éventuelle abrogation des délais d'attente. et à adresser à : MALJ - GAMEST ADP - CS 70031 - 68025 COLMAR CEDEX

La garantie prend effet après acceptation par La Mutuelle Alsace Lorraine Jura 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. L'adhérent/ souscripteur déclare : avoir pris connaissance des conditions générales CGSANTE11.17 valant notice d'information et vouloir adhérer au contrat groupe CGSANTE 11.16 souscrit par l'Association GAMEST sise 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 d'un 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 ALSACE LORRAINE JURA 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.

Signature de l'Adhérent(e) précédée de la mention «lu et approuvé»

Fait à le

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(A COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT)

Prélèvement récurrent

Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Nom, prénom
Adresse
Tél. : Mail

NOM ET VILLE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

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

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA
6 boulevard de l'Europe - B.P. 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex

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

Identifiants créanciers SEPA (ICS) **F R 6 9 Z Z Z 4 1 4 8 9 8**

Référence Unique du Mandat - **RUM** (à remplir par le créancier)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA 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 ALSACE LORRAINE JURA.
Les parties conviennent d'un commun accord que la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA 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.
- Réclamation relative à un prélèvement effectué : 03 89 35 49 49 ou sepamalj@malj.fr

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

COTISATIONS MENSUELLES*

Âge**	Eco		Nature		Confort		Confort +		Prestige		Prestige +	
	RG/Agricole	Als. Mos.	RG/Agricole	Als. Mos.	RG/Agricole	Als. Mos.	RG/Agricole	Als. Mos.	RG/Agricole	Als. Mos.	RG/Agricole	Als. Mos.
Jusqu'à 17 ans	14,50	7,00	16,00	8,00	19,00	12,00	21,00	16,00	27,00	19,00	42,00	29,50
18 à 20 ans	16,50	7,50	18,50	8,50	23,50	13,00	26,50	17,00	37,00	20,00	57,00	31,50
21 à 24 ans	17,00	8,00	19,00	9,00	24,00	13,50	29,50	18,00	48,50	22,00	74,00	34,50
25 à 29 ans	17,50	8,50	19,50	10,50	26,50	15,00	30,50	20,00	51,00	25,00	77,50	39,00
30 à 34 ans	21,00	10,50	23,50	11,50	30,00	16,50	34,00	22,00	55,50	27,50	85,00	43,00
35 à 39 ans	21,50	11,00	24,00	12,50	31,50	18,50	36,50	23,00	59,50	28,00	90,50	44,50
40 à 44 ans	24,00	12,00	27,00	13,00	35,00	20,50	41,00	25,00	66,50	31,50	101,00	49,00
45 à 49 ans	28,50	14,50	31,50	16,50	42,50	25,50	50,00	32,00	75,00	41,00	114,00	63,50
50 à 54 ans	32,50	17,50	35,50	20,00	48,00	29,00	56,00	36,00	87,00	46,00	132,00	73,00
55 à 59 ans	37,50	21,00	41,50	23,50	53,00	33,50	62,50	44,00	103,00	56,00	157,00	87,00
60 à 65 ans	41,50	26,00	45,50	29,50	66,00	39,00	81,50	47,00	121,00	64,00	168,00	99,00

GRATUIT À PARTIR DU 3ÈME ENFANT MINEUR

**âge calculé par millésime

*Cotisation supplémentaire de 1 €/mois par contrat au titre de l'assistance et du droit d'adhésion à l'association GAMEST

