

GUIDE D'ADHESION

Ma Commune Ma Santé

1) Rendez-vous au Centre Communal d'Actions Sociales pour retirer votre dossier d'inscription.

Votre dossier d'inscription est constitué des éléments suivants:

- Guide d'adhésion
- Des caractéristiques de l'offre Ma Commune Ma Santé
- Des grilles de prestations ainsi que des tarifs
- Des bulletins d'affiliation de chaque mutuelle

2) Prenez connaissance des documents suivants sur notre site internet www.macommunemasante.org :

- Les statuts de l'association ACTIOM ainsi que son règlement intérieur
- La notice d'information et les conditions générales de la mutuelle choisie
- Le bulletin d'affiliation de la mutuelle choisie
- Le questionnaire « formalisation du devoir de conseil »

3) **Choisissez votre mode de souscription pour bénéficier d'un contrat Ma Commune Ma Santé :**

Souscription « accompagnée »

- ✓ Des conseillers spécialisés sont à votre écoute et à votre disposition pour vous accompagner dans le choix et la mise en place de votre adhésion.
- ✓ Une démarche simple et directe
- ✓ Par téléphone au 05 64 10 00 48 (*prix appel local*)
- ✓ Joignable du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Souscription « classique »

- ✓ Remplir les bulletins d'adhésion disponibles en CCAS.
- ✓ Renvoyer à l'adresse indiquée accompagné de :
 - Photocopie pièce d'identité
 - Photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale pour vous et les membres de votre famille
 - Justificatif de domicile de moins de 3 mois + RIB
 - Formulaire de devoir de conseil dûment complété et signé

4) Si vous bénéficiez déjà d'une mutuelle et que vous souhaitez adhérer à l'opération Ma Commune Ma Santé, vous devez résilier votre contrat en cours. **Vous devez envoyer votre lettre de résiliation en recommandé avec accusé de réception au moins 2 mois* avant la date anniversaire** de votre contrat à votre assureur actuel (*Voir conditions générales de votre contrat actuel). Conservez la preuve de dépôt ainsi que l'accusé de réception.

5) Vous pouvez exercer votre droit de renonciation pendant 14 jours (vente à distance) et 7 jours (démarchage à domicile) à compter de votre date d'adhésion en envoyant votre demande par courrier en recommandé avec accusé de réception à la mutuelle choisie. Vous trouverez le modèle ci-dessous auprès de votre CCAS :

Monsieur le Directeur, Je vous confirme par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance santé n°.....conformément à l'article L 221-18 II du code de la Mutualité. J'ai adhéré à distance à cette garantie le.../..../..... En conséquence, je vous prie de bien vouloir me rembourser les cotisations déjà versées dans le délai de 14 jours (vente à distance) et 7 jours (démarchage à domicile) à compter de la réception de cette lettre, à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée, et pour ma part, je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

FORMALISATION DU DEVOIR DE CONSEIL

Ma Commune Ma Santé

ECONOMIE

Vos besoins santé sont ponctuels, et vos dépenses relèvent le plus fréquemment du Ticket Modérateur

SECURITE

Vos besoins en santé sont réguliers, et plus particulièrement sur des postes onéreux tels que le dentaire, l'optique....

CONFORT

Vos dépenses santé sont importantes et vous souhaitez être confortablement couvert.

Soins courants

Pour les soins courants, vous souhaitez un niveau de garantie...

**si vous n'avez aucun besoin en soins courants, veuillez cocher la case « ECONOMIE »*

ECONOMIE

SECURITE

CONFORT

Optique

Vous portez des lunettes ou des lentilles de contact, vous souhaitez un niveau de garantie.....

**si vous n'avez aucun besoin en optique, veuillez cocher la case « ECONOMIE »*

ECONOMIE

SECURITE

CONFORT

Dentaire

Pour les soins dentaires, vous souhaitez un niveau de garantie.....

**si vous n'avez aucun besoin en soins dentaires, veuillez cocher la case « ECONOMIE »*

ECONOMIE

SECURITE

CONFORT

Pour les prothèses dentaires, vous souhaitez un niveau de garantie.....

**si vous n'avez aucun besoin en prothèses dentaires, veuillez cocher la case « ECONOMIE »*

ECONOMIE

SECURITE

CONFORT

Concernant l'orthodontie, vous souhaitez un niveau de garantie.....

**si vous n'avez aucun besoin en orthodontie, veuillez cocher la case « ECONOMIE »*

ECONOMIE

SECURITE

CONFORT

Hospitalisation

En cas d'hospitalisation, vous souhaitez un niveau de garantie.....

**si vous n'avez aucun besoin en hospitalisation, veuillez cocher la case « ECONOMIE »*

ECONOMIE

SECURITE

CONFORT

Confort

Concernant les soins « confort » (cure thermique, ostéopathie, thalassothérapie), vous souhaitez un niveau de garantie....

**si vous n'avez aucun besoin en soins confort, veuillez cocher la case « ECONOMIE »*

ECONOMIE

SECURITE

CONFORT

Nos recommandations en fonction de vos réponses et de votre choix de contrat
Vous avez une majorité de réponses **ECONOMIE**, optez pour la formule **ECONOMIE**
Vous avez une majorité de réponses **SECURITE**, optez pour la formule **SECURITE**
Vous avez une majorité de réponses **CONFORT**, optez pour la formule **CONFORT**

Vous conservez cependant la totale liberté de choisir la formule qui vous paraît la plus adaptée à vos besoins.

Je reconnais, après avoir rempli ce document, choisir en toute liberté la formule la plus adaptée à mes besoins.

Date :

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