

GUIDE D'ADHÉSION

Ma Commune Ma Santé

- 1) Rendez-vous dans votre mairie ou au Centre Communal d'Actions Sociales pour retirer votre dossier d'inscription.
- 2) Votre dossier d'inscription est constitué :
 - Guide d'adhésion
 - Des caractéristiques de l'offre Ma Commune Ma santé.
 - De la présentation de nos partenaires.
 - Des grilles de prestations ainsi que des tarifs.
 - Des bulletins d'affiliation de chaque mutuelle.
- 3) Prenez connaissance des documents suivants dans votre mairie ou 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 ».
- 4) Remplissez, datez et signez le bulletin d'affiliation de la mutuelle choisie en indiquant la ou les formules retenues ainsi que la date d'effet à laquelle vous souhaitez adhérer (vous pouvez envoyer dès maintenant votre demande, votre adhésion ne prendra effet qu'à la date inscrite sur votre bulletin d'affiliation) après avoir pris connaissance des documents indiqués au n°3 ci-dessus.
 - L'exemplaire original est à nous retourner complété et signé accompagné des pièces justificatives demandées sur le bulletin d'affiliation à l'adresse figurant sur celui-ci.
 - Le deuxième exemplaire est à conserver par vos soins.
- 5) Remplissez, datez et signez le questionnaire « formalisation du devoir de conseil ». Ce document est à nous retourner complété et signé avec le bulletin d'affiliation.
- 6) 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.
- 7) 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 avec accusé de réception à la mutuelle choisie. Vous trouverez le modèle ci-dessous en mairie ou dans 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

ÉCONOMIE

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

SÉCURITÉ

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»*

ÉCONOMIE

SÉCURITÉ

CONFORT

Optique

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

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

ÉCONOMIE

SÉCURITÉ

CONFORT

Dentaire

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

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

ÉCONOMIE

SÉCURITÉ

CONFORT

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

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

ÉCONOMIE

SÉCURITÉ

CONFORT

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

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

ÉCONOMIE

SÉCURITÉ

CONFORT

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

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

ÉCONOMIE

SÉCURITÉ

CONFORT

Confort

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

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

ÉCONOMIE

SÉCURITÉ

CONFORT

Nos recommandations en fonction de vos réponses et de votre choix de contrat
Vous avez une majorité de réponses **ÉCONOMIE**, optez pour la formule **ÉCONOMIE**
Vous avez une majorité de réponses **SÉCURITÉ**, optez pour la formule **SÉCURITÉ**
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) »