

TICKET MODÉRATEUR <input type="checkbox"/>		OPTIONS (en plus du ticket modérateur)		
<b>• HOSPITALISATION</b>		<input type="checkbox"/> CHAMBRE PARTICULIÈRE <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES <sup>(1)</sup>	
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	
Chambre particulière		Limitée à 150 € par jour		
Télévision		Frais réels		
Honoraires	100 %		400 %	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)		Frais réels: 10 nuits /an		
Forfait journalier	100 %	Frais réels		Frais réels
Participation 18 €	100 %	Frais réels		Frais réels
<b>• FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>		<input type="checkbox"/> 150 %	<input type="checkbox"/> 200 %	<input type="checkbox"/> 300 %
Frais médicaux généraliste	100 %	150 %	200 %	300 %
Frais médicaux spécialiste	100 %	150 %	200 %	300 %
Consultation Neuro-Psychiatre	100 %	150 %	150 %	150 %
Prothèse médicale non-dentaire	100 %	150 %	200 %	300 %
Radiologie	100 %	150 %	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux	100 %	150 %	Frais réels	Frais réels
Analyses	100 %	150 %	Frais réels	Frais réels
Transport	100 %	150 %	Frais réels	Frais réels
Pharmacie sauf vignettes oranges	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecine douce: Ostéopathie, Chiropraxie	Plafond annuel de:	50 €* * 50 % des frais réels dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire	75 €* * 50 % des frais réels dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire	100 €* * 50 % des frais réels dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire
<b>• OPTIQUE</b>		<input type="checkbox"/> CONFORT	<input type="checkbox"/> PRIVILEGE	<input type="checkbox"/> OPTIMUM
Monture	100 %	Forfait global 160€/an	Forfait global 315€/an	Forfait global 450€/an
Verres	100 %			
Lentilles	100 %			
Chirurgie au laser		160€/œil	315€/œil	450€/œil
<b>• DENTAIRE</b>		<input type="checkbox"/> 200 %	<input type="checkbox"/> 300 % <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> 400 % <sup>(2)</sup>
Soins dentaires	100 %	200 %	300 %	400 %
Orthodontie acceptée	100 %	200 %	300 %	400 %
Prothèses dentaires	100 %	200 %	300 %	400 %
Implants		215€/implant	322,50€/implant	430€/implant
Limite annuelle			1 500 € illimité après 36 mois	3 000 €
<b>• PREVENTION</b>				
<b>Vaccins</b>	Frais réels			
<b>Ostéodensitométrie</b>	100% : à partir de 50 ans dans la limite d'un examen tous les 2 ans			
<b>Orthopan</b>	100% : dans la limite d'un examen tous les 5 ans jusqu'à 20 ans			

(1) : Délai d'attente : 3 mois en cas de maladie, 9 mois en cas de maternité. (2) : Délai d'attente 6 mois.

Ticket modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité Sociale, hors participation forfaitaire et franchise.

Nos remboursements sont exprimés en tarif de convention, régime de base inclus.

**Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de garanties  
(Santé 21 édition Juillet 2010) et des statuts.**

Signature :

**SOUSCRIPTEUR :**

DATE D'EFFET DU CONTRAT : ..... / ..... / 20.....

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

PROFESSION : .....

TÉL. : ..... OU ..... E-MAIL : .....

**BENEFICIAIRES (y compris souscripteur) :**

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	REGIME SOCIAL	NUMERO ORGANISME	NUMERO DE SECURITE SOCIALE	COTISATION
<b>Assistance juridique</b>						<b>1,25 €</b>
<b>Frais d'échéance</b>						<b>0,75 €</b>
<b>Total mensuel</b>						<b>€</b>

**La première cotisation mensuelle est majorée du droit unique d'adhésion de 15 €.****PROFESSIONS INDEPENDANTES**

Déduction fiscale des cotisations complémentaires maladie (loi du 11.02.1994 - Loi Madelin)  
 L'adhérent déclare adhérer à l'association « La Prévoyance Association » qui a conclu avec la Mutuelle « La Prévoyance » un contrat d'assurance collectif en vue de bénéficier des garanties souscrites.

Signature :

**MISE EN PLACE DE LA TELETRANSMISSION**

Je demande la télétransmission directe des décomptes. J'autorise par ma signature La Prévoyance à récupérer auprès de ma Caisse Maladie Obligatoire les informations nécessaires au remboursement de mes soins au titre de mon maladie contrat complémentaire santé (cette démarche me dispense d'envoyer les décomptes à La Prévoyance).

Signature :

*Les réponses et informations fournies par le présent document ouvrent le droit d'accès et de rectification au fichier prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.***LOI N°2008-3 du 3 Janvier 2008 - Art.27 (V)**

I.- 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.

**Modèle de lettre de renonciation**

Je soussigné (nom et prénom).....

Demeurant (adresse).....

Déclare renoncer au contrat d'assurance dénommé.....

N°.....que j'ai souscrit le..... Signature du souscripteur:

Fait à....., le.....

## DEMANDE DE PRELEVEMENT

 Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel Le 5 Le 20

N° NATIONAL  
EMETTEUR  
290 688

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER



83, Avenue de la Forêt Noire - CS 70077  
67016 STRASBOURG CEDEX  
Tél. 03 88 45 91 60 - Fax 03 88 45 91 70

A DEBITER

Etablist      Guichet      N° de compte      Clé RIB

--	--	--	--

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE COMPTE A DEBITER

Date:

Signature:

Prière de renvoyer cet imprimé à La Prévoyance en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B), postal (R.I.P) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.).

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

## NOS SERVICES

### Décomptes en ligne :

consultez **vos remboursements complémentaires maladie** sur notre **site internet!**

[www.la-prevoyance.com](http://www.la-prevoyance.com)

rubrique «Espace personnel»,  
puis, «vous êtes un adhérent de La Prévoyance»,  
puis «demande de code d'accès»

Complétez et retournez-nous le formulaire (cliquez sur «envoyer») :

A réception, nous vous communiquerons votre code d'accès personnel et confidentiel.

### Besoin d'une prise en charge optique ou dentaire ?

Un seul numéro : contactez notre cellule accueil.

Téléphone : 03 88 45 91 60

Télécopie : 03 88 45 91 70

E-mail : [accueil@la-prevoyance.com](mailto:accueil@la-prevoyance.com)

### Vous avez égaré votre carte de tiers payant ?

Rendez-vous sur notre site : [www.la-prevoyance.com](http://www.la-prevoyance.com)

Rubrique «Espace personnel» et téléchargez votre carte de tiers payant.

### Vous souhaitez contacter votre assistance juridique ?

JURIS-DIALOG Société d'Avocats

Téléphone : 03 88 75 80 40