

**Experts comptables
& Commissaires aux comptes
GARANTIES FRAIS DE SANTE**



HOSPITALISATION

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Honoraires ⁽¹⁾	100%	150%	200%	200%	220%	220%
Séjour	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport sanitaire ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	150%	200%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels					
Lit d'accompagnant ⁽³⁾	-	10 €/jour	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁴⁾	-	35 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière ambulatoire (sans nuitée) ⁽⁴⁾	-	10 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour
Bonus chambre particulière au-delà de 10 jours consécutifs en chambre particulière	-	+15 €/jour				

HONORAIRES et SOINS MÉDICAUX

Consultations et visites de généralistes ⁽⁵⁾	100%	100%	150%	175%	220%	220%
Actes Techniques Médicaux, Consultations et visites de spécialistes ⁽⁵⁾	100%	100%	150%	200%	220%	220%
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinés...)	100%	100%	100%	100%	150%	150%
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale ⁽⁶⁾	-	-	100%	100%	100%	100%

PHARMACIE

Médicaments à Service Médical Rendu important et modéré /faible ⁽⁷⁾	100% /15%	100% /100%	100% /100%	100% /100%	100%/100%	100% /100%
--	-----------	------------	------------	------------	-----------	------------

RADIOLOGIE et ANALYSES MÉDICALES

Radiologie y compris dans le cadre d'une hospitalisation ⁽⁵⁾	100%	100%	120%	125%	150%	150%
Analyses médicales	100%	100%	100%	125%	150%	150%

OPTIQUE

Paire de lunettes adulte verres simples /complexes/très complexes ⁽⁸⁾	100€/200€/300€	150€/240€/400€	210€/280€/500€	260€/360€/600€	300€/445€/725€	400 €/650€/850€
Paire de lunettes enfant verres simples /verres complexes ⁽⁸⁾	100 €/200 €	120 €/220 €	160 €/260 €	180 €/320 €	190 €/380 €	210 €/570 €
Lentilles remboursées /non remboursées par la Sécurité sociale	100 €/an / -	100 €/an	130 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Chirurgie corrective de l'oeil ⁽⁹⁾	-	150 €/œil	200 €/œil	250 €/œil	350 €/œil	350 €/œil

DENTAIRE

Soins dentaires	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Inlay - Onlay	100%	100%	125%	125%	150%	150%
Couronne fixe pour les dents non visibles remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	125%	70 €/dent	140 €/dent	200 €/dent	300 €/dent	450 €/dent
Couronne fixe pour les dents du sourire remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	125%	135 €/dent	250 €/dent	300 €/dent	400 €/dent	530 €/dent
Inlay-core	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	125%	150%	200%	300%	450%	550%
Parodontie - Endodontie et couronnes provisoires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	200 €/an	350 €/an	550 €/an	650 €/an
Implant dentaire (racine)	-	-	350 €/an	400 €/an	500 €/an	700 €/an
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125%	100 €/sem.	200 €/sem.	300 €/sem.	350 €/sem.	400 €/semestre
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	150 €/sem.	200 €/sem.	250 €/sem.	300 €/semestre

APPAREILLAGE

Prothèse auditive (par oreille) ⁽¹¹⁾	100%	100% + 200 €/an	100% + 300 €/an	100% + 500 €/an	100% + 700 €/an	100% + 900 €/an
Autres prothèses et appareillage	100%	100%	150%	150%	175%	175%

PRÉVENTION et MÉDECINES DOUCES

Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	40 €/an				
Contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	-	40 €/an				
Sevrage tabagique ⁽¹²⁾	-	90 €/an				
Ostéopathie et Chiropraxie ⁽¹³⁾	-	30 €/séance	30 €/séance	40 €/séance	45 €/séance	45 €/séance
Podologie ⁽¹⁴⁾	-	26 €/an				
Diététiciens et Psychologues ⁽¹⁵⁾	-	30 €/séance	30 €/séance	40 €/séance	45 €/séance	45 €/séance
Santé et développement de l'enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁶⁾	-	70 €/an				
Plafond global PREVENTION et MEDECINES DOUCES :	-	150 €/an	200 €/an	250 €/an	300 €/an	350 €/an

PROTECTION « GROS PÉPIN »

Prothèses externes (capillaire, oculaire, mammaire) prises en charge par la Sécurité sociale	-	150 €/acte				
Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale	-	200 €/an	400 €/an	600 €/an	1000 €/an	1500 €/an
Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection de Longue Durée	-	30 €/an	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an
Plafond global PROTECTION « GROS PÉPIN » :	-	350 €/an	800 €/an	1200 €/an	1600 €/an	2000 €/an

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Ociane Assistance	Include	Include	Include	Include	Include	Include
Prime d'inscription naissance ou adoption ⁽¹⁷⁾	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

Détail des renvois : Les garanties exprimées en % s'entendent remboursement Sécurité sociale inclus et les garanties exprimées en € (forfaits) remboursement Sécurité sociale exclu.

- (1) Actes de Chirurgie (ADC), d'Anesthésie (ADA), d'Obstétrique (ACO), d'Echographie (ADE) et Actes Techniques Médicaux (ATM). Y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux.
Hospitalisation à l'étranger : voir conditions générales de la garantie Ociane Assistance.
Pour les niveaux 2 à 6, le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ce taux est minoré de 20% pour les médecins non adhérents.
- (2) Transports acceptés par la Sécurité sociale, et à condition qu'ils soient liés à un acte ou à une hospitalisation ayant fait l'objet d'une prise en charge par la mutuelle.
- (3) Dans le cadre d'une hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.
- (4) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an en convalescence, rééducation et psychiatrie. Ociane prend en charge la chambre particulière ambulatoire (sans nuitée) dans le cadre d'une hospitalisation incluant obligatoirement un acte de chirurgie (ADC) ou un acte technique médical (ATM) et un acte d'anesthésie (ADA).
- (5) Y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux. Hors parcours de soins coordonnés la prise en charge est limitée 100% de la base de remboursement hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale.
Pour les niveaux 3 à 6, le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ce taux est minoré de 20% pour les médecins non adhérents.
- (6) Hors transport et hébergement.
- (7) Médicaments à SMR (Service Médical Rendu) important : remboursement à 65% par l'Assurance maladie - Médicaments à SMR modéré : remboursement à 30% par l'Assurance maladie - Médicaments à SMR faible : remboursement à 15% par l'Assurance maladie.
- (8) Forfait versé en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour une paire de lunettes (monture + 2 verres) dans la limite des montants suivants :

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Lunettes adulte	Monture	40 €	60 €	80 €	100 €	125 €	150 €
	Verre simple (par verre)	30 €	45 €	65 €	80 €	100 €	150 €
	Verre complexe (par verre)	80 €	90 €	100 €	130 €	160 €	250 €
	Verre très complexe (par verre)	130 €	170 €	210 €	250 €	300 €	350 €
Lunettes enfant (-18 ans)	Monture	40 €	40 €	60 €	60 €	60 €	70 €
	Verre simple (par verre)	30 €	40 €	50 €	60 €	65 €	70 €
	Verre complexe (par verre)	80 €	90 €	100 €	130 €	160 €	250 €

Dans la limite d'une paire de lunettes tous les 24 mois à partir de la date d'achat sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (1 paire de lunettes tous les 12 mois).

Verre simple : simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

- (9) Chirurgie au laser ou lentille intra-oculaire.
- (10) Sont considérées comme étant les « dents du sourire », 8 dents par mâchoire : les 2 incisives centrales, les 2 incisives latérales, les 2 canines et les 2 prémolaires. Forfait versé en plus du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de :

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
-	3 couronnes par an	4 couronnes par an	4 couronnes par an	5 couronnes par an	5 couronnes par an

Une fois le plafond atteint, prise en charge des couronnes remboursées par la Sécurité sociale dans la limite de 125% BR.

- (11) Entretien, réparation prothèses auditives : 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- (12) Substituts nicotiques (patchs, gommes à mâcher...) ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale.
- (13) Soins chez un praticien diplômé d'Ostéopathie (D.O.) ou diplômé de chiropraxie (D.C.). Dans la limite de 3 séances par an.
- (14) Soins chez un praticien diplômé d'Etat (D.E.).
- (15) Soins chez un praticien diplômé de psychologie ou diplômé de diététique. Dans la limite de 3 séances par an.
- (16) Pharmacie prescrite non remboursée (homéopathie) - Consultations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens - Dépistage des troubles du développement (visuel et auditif pour les moins de 3 ans), de l'apprentissage (vue, audition, dyslexie, dyscalculie) ou du comportement (troubles alimentaires, relationnels) - Bilans allergiques (tests cutanés).
- (17) Prime par enfant inscrit dans les 3 mois de sa naissance ou de son adoption sous réserve que l'un de ses parents soit adhérent à la garantie Ociane Santé Collective à la date de naissance ou d'adoption.

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur le contrat responsable.

Seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux ou hospitalisations réalisés après la date d'effet de l'adhésion ou de modification de garantie.

Garantie Ociane Assistance, Ociane Assistance Plus, Aide aux aidants et Equilibre Vie sont assurées par la Matmut, Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes, société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des assurances, 66 rue de Sotenville, 76100 ROUEN et réalisées par IMA GIE.

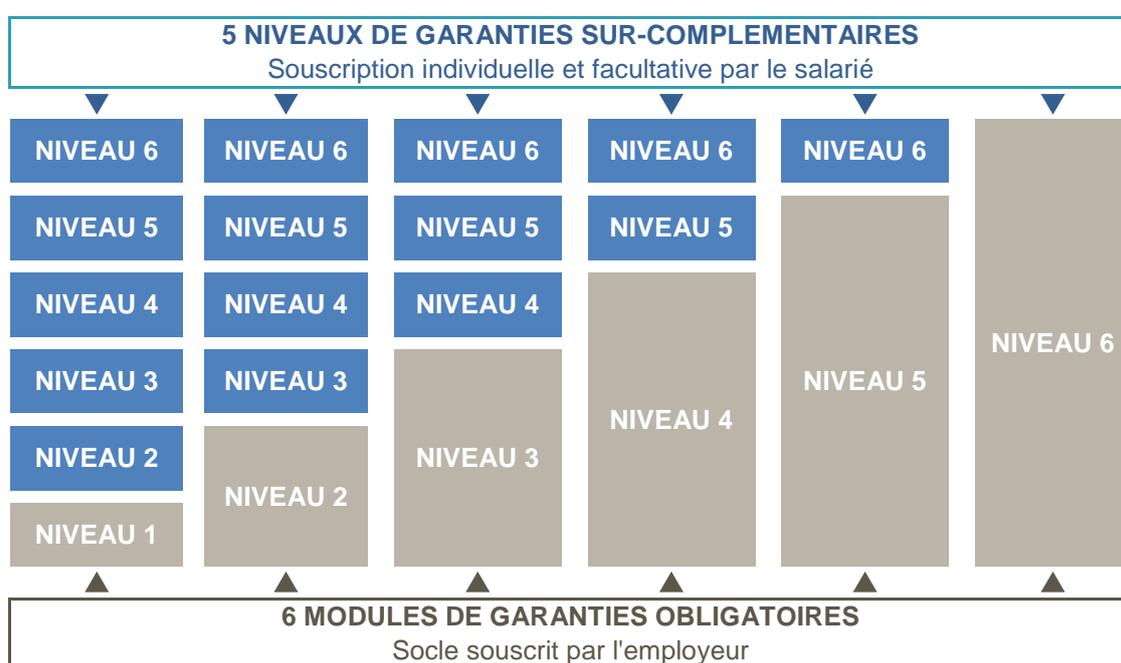
Régime frais de santé Experts comptables et commissaires aux comptes Vos garanties et tarifs santé 2017

Le régime frais de santé Ociane dédié aux Experts comptables & Commissaires aux comptes est un **contrat collectif à adhésion obligatoire** pour les salariés. Il est également ouvert à la famille du salarié.

Vous choisissez votre module de garantie obligatoire

Vous choisissez un **module de garanties obligatoire** parmi les 6 niveaux proposés (2 modules possibles pour les cabinets de 20 salariés et plus).

Votre engagement financier est limité à la garantie obligatoire que vous choisissez : 50% minimum de la cotisation du salarié.



Le Niveau 1 correspond au niveau minimum requis par la loi (panier de soins ANI)

Par exemple : vous avez souscrit le Niveau 2 comme module de garantie obligatoire, vos salariés ont la possibilité de choisir une garantie sur-complémentaire parmi les Niveaux 3-4-5-6 pour améliorer leur protection.

Vos salariés souscrivent une garantie sur-complémentaire

Vos salariés ont ensuite la possibilité, s'ils le souhaitent, de **renforcer individuellement cette protection en souscrivant une garantie sur-complémentaire facultative** parmi les 5 niveaux proposés (en fonction du socle choisi par l'employeur). Ils peuvent étendre leur propre couverture à leur famille.

La cotisation de la garantie sur-complémentaire facultative est intégralement à la charge du salarié.

Et vous maîtrisez votre budget !

- ⇒ Vous bénéficiez d'un tarif préférentiel de -15%.
- ⇒ Vous pilotez mieux votre dispositif en limitant votre engagement financier à la garantie de base.
- ⇒ Le tout dans un **cadre fiscal et social avantageux** :
 - La part employeur est déductible de l'impôt sur les sociétés (Article 39 du Code Général des Impôts).
 - La part des cotisations mise à la charge de l'employeur n'est pas assujettie aux cotisations sociales.

Demandez une étude personnalisée à votre conseiller Ociane entreprises !

Demande d'adhésion Entreprise à un contrat de Prévoyance Collective Frais de santé valant Conditions Particulières : OCIANE SANTE COLLECTIVE

Cadre réservé à OCIANE

[-35]

GRC :

N° Contrat Commercial :

N° Contrat Technique :

■ Identification de l'entreprise (le souscripteur)

Raison sociale : Effectif :

N° SIRET Code NAF : Forme juridique :

Convention Collective N° IDCC :

Adresse du Siège social :

Code postal : Ville : Téléphone :

Fax : E-mail : @

(Si différente du siège social)

Adresse :

Code postal : Ville :

■ Représentant de l'entreprise habilité à signer la présente demande d'adhésion

Civilité : NOM : Prénom :

Fonction : E-mail : @

Date de naissance ou N° Sécurité sociale : Téléphone :

■ Garanties souscrites

L'employeur choisit un régime de base obligatoire pour l'ensemble des salariés. Chaque salarié a ensuite la possibilité de souscrire individuellement un régime sur-complémentaire facultatif (jusqu'à 5 niveaux au choix suivant le module de base souscrit par l'employeur).

Socle de base obligatoire :

Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6

L'affiliation à ce module de base obligatoire ouvre le droit pour vos salariés de souscrire à une garantie sur-complémentaire facultative de niveau supérieur (niveaux 2 à 6).

■ Date d'effet et durée du contrat

A quelle date souhaitez-vous mettre en place ces garanties ?

J	J	M	M	A	A	A	A	A	A

L'échéance du présent contrat est fixée au 31 décembre de chaque année. Il se renouvelle par tacite reconduction par période annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception deux mois au moins avant l'échéance.

■ Collège concerné par l'adhésion

Actifs tous Collèges Cadres Non cadres

■ Nature de l'adhésion

- Adhésion au module de base obligatoire
- Adhésion aux sur-complémentaires facultative

Nature Juridique de l'acte instaurant le régime :

- Décision Unilatérale de l'Employeur Référendum Accord collectif

Personnes concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion

- Salarié seul Conjoint Enfant(s)

Les personnes non concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion ont la possibilité de s'affilier au régime à titre facultatif.

Cotisations

Module de base obligatoire (socle commun à tous vos salariés) :

Montant mensuel 2017 :

Salarié ▷	<input type="text"/>	€	Part Prise en charge par l'entreprise	<input type="text"/>	% De la cotisation du salarié
Conjoint ▷	<input type="text"/>	€	Part Prise en charge par l'entreprise	<input type="text"/>	% De la cotisation du conjoint
Enfant ▷	<input type="text"/>	€	Part Prise en charge par l'entreprise	<input type="text"/>	% De la cotisation par enfant

L'employeur prend au minimum 50% de la cotisation salarié en charge. En cas de modification du pourcentage de prise en charge, vous vous engagez à transmettre l'information à votre correspondant groupe.

Les cotisations intègrent la TSCA (Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance) et la taxe de solidarité additionnelle destinée au financement de la CMU. Elles s'entendent hors impacts éventuels d'une évolution des remboursements du Régime Obligatoire, des obligations conventionnelles ou de la réglementation sociale et fiscale.

Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations seront payées d'avance, selon un fractionnement :

- Mensuel (prélèvement sur compte bancaire)

La cotisation du module de base obligatoire sera appelée intégralement à l'entreprise, y compris la part du salarié et des ayants droit en cas de participation de l'employeur.

La cotisation de la garantie sur-complémentaire et/ou des affiliations à titre facultatif sera appelée directement au salarié.

L'entreprise reconnaît avoir pris connaissance des documents suivants:

- Les Statuts d'Ociane et les Conditions générales La Notice d'Information Salarié
 Le descriptif des garanties Le livret Ociane Assistance

Documents mis à votre disposition sous : www.ociane.fr/mutuelle-entreprise-20

L'entreprise s'engage à fournir :

- Un extrait Kbis datant de moins de 3 mois (pour les sociétés inscrites au Registre du Commerce)
 Une copie des statuts (pour les associations uniquement)
 Un mandat de prélèvement SEPA et un RIB (pour règlement des cotisations par prélèvement sur compte bancaire)

Fait en double exemplaire à

Le :
J J M M A A A A

(signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

Pour OCIANE

Pour l'entreprise adhérente

Stéphane HASSELOT
Directeur Général

Demande d'adhésion Entreprise à un contrat de Prévoyance Collective Frais de santé valant Conditions Particulières : OCIANE SANTE COLLECTIVE

Cadre réservé à OCIANE

[-35]

GRC :
N° Contrat Commercial :
N° Contrat Technique :

■ Identification de l'entreprise (le souscripteur)

Raison sociale : Effectif :

N° SIRET Code NAF : Forme juridique :

Convention Collective N° IDCC :

Adresse du Siège social :

Code postal : Ville : Téléphone :

Fax : E-mail : @

(Si différente du siège social)

Adresse :

Code postal : Ville :

■ Représentant de l'entreprise habilité à signer la présente demande d'adhésion

Civilité : NOM : Prénom :

Fonction : E-mail : @

Date de naissance ou N° Sécurité sociale : Téléphone :

■ Garanties souscrites

L'employeur choisit un régime de base obligatoire pour l'ensemble des salariés. Chaque salarié a ensuite la possibilité de souscrire individuellement un régime sur-complémentaire facultatif (jusqu'à 5 niveaux au choix suivant le module de base souscrit par l'employeur).

Socle de base obligatoire :

Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6

L'affiliation à ce module de base obligatoire ouvre le droit pour vos salariés de souscrire à une garantie sur-complémentaire facultative de niveau supérieur (niveaux 2 à 6).

■ Date d'effet et durée du contrat

A quelle date souhaitez-vous mettre en place ces garanties ?

J	J	M	M	2	0	A	A	A	A

L'échéance du présent contrat est fixée au 31 décembre de chaque année. Il se renouvelle par tacite reconduction par période annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception deux mois au moins avant l'échéance.

■ Collège concerné par l'adhésion

Actifs tous Collèges Cadres Non cadres

■ Nature de l'adhésion

- Adhésion au module de base obligatoire
 Adhésion aux sur-complémentaires facultative

■ Nature Juridique de l'acte instaurant le régime :

- Décision Unilatérale de l'Employeur Référendum Accord collectif

■ Personnes concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion

- Salarié seul Conjoint Enfant(s)

Les personnes non concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion ont la possibilité de s'affilier au régime à titre facultatif.

■ Cotisations

Module de base obligatoire (socle commun à tous vos salariés) :

Montant mensuel 2017 :

Salarié ▷	<input type="text"/>	€	Part Prise en charge par l'entreprise	<input type="text"/>	% De la cotisation du salarié
Conjoint ▷	<input type="text"/>	€	Part Prise en charge par l'entreprise	<input type="text"/>	% De la cotisation du conjoint
Enfant ▷	<input type="text"/>	€	Part Prise en charge par l'entreprise	<input type="text"/>	% De la cotisation par enfant

L'employeur prend au minimum 50% de la cotisation salarié en charge. En cas de modification du pourcentage de prise en charge, vous vous engagez à transmettre l'information à votre correspondant groupe.

Les cotisations intègrent la TSCA (Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance) et la taxe de solidarité additionnelle destinée au financement de la CMU. Elles s'entendent hors impacts éventuels d'une évolution des remboursements du Régime Obligatoire, des obligations conventionnelles ou de la réglementation sociale et fiscale.

■ Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations seront payées d'avance, selon un fractionnement :

- Mensuel (prélèvement sur compte bancaire)

La cotisation du module de base obligatoire sera appelée intégralement à l'entreprise, y compris la part du salarié et des ayants droit en cas de participation de l'employeur.

La cotisation de la garantie sur-complémentaire et/ou des affiliations à titre facultatif sera appelée directement au salarié.

■ L'entreprise reconnaît avoir pris connaissance des documents suivants:

- Les Statuts d'Ociane et les Conditions générales La Notice d'Information Salarié
 Le descriptif des garanties Le livret Ociane Assistance

Documents mis à votre disposition sous : www.ociane.fr/mutuelle-entreprise-20

■ L'entreprise s'engage à fournir :

- Un extrait Kbis datant de moins de 3 mois (pour les sociétés inscrites au Registre du Commerce)
 Une copie des statuts (pour les associations uniquement)
 Un mandat de prélèvement SEPA et un RIB (pour règlement des cotisations par prélèvement sur compte bancaire)

Fait en double exemplaire à

Le :
J J M M A A A A

(signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

Pour OCIANE

Pour l'entreprise adhérente

Stéphane HASSELOT
Directeur Général

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION OU DE MODIFICATION AU CONTRAT SANTE DE GROUPE : OCIANE SANTE COLLECTIVE

Identification de l'Entreprise	Date d'effet : <input type="text" value=""/>
Raison sociale de l'entreprise :	Date d'entrée dans l'entreprise : <input type="text" value=""/>
N° de contrat :	<input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Modification
N° adhérent OCIANE : <i>(si vous êtes déjà adhérent)</i>	

Adhérent (Membre participant)		
<input type="checkbox"/> Salarié actif	<input type="checkbox"/> Salarié en suspension de contrat de travail	<input type="checkbox"/> Ayant droit d'un salarié décédé
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Ancien salarié en incapacité ou en invalidité	

NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime ⁽¹⁾	Centre S.sociale ⁽²⁾
Date de naissance : <input type="text" value=""/>	Sexe (H/F) : <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	

ADRESSE :

CP : Ville :

Téléphone : (mobile) e-mail :
 (fixe)

Je choisis de m'abonner gratuitement aux e-relevés de prestations (suivi de vos remboursements santé sur Internet) et d'être averti(e) par par e-mail OU par SMS Je ne souhaite pas m'abonner

Garanties

ADHESION OBLIGATOIRE : MODULE DE BASE POUR LE SALARIE

L'adhésion au module de base souscrit par votre employeur, est obligatoire pour l'ensemble des salariés actifs.

Module de base obligatoire BASE Cotisation mensuelle totale 2017 (part employeur + part salarié) ▷ , €

L'employeur prend au minimum 50% de ce montant en charge

ADHESION AU MODULE DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

L'adhésion de vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.

Lien de Parenté	NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime ⁽¹⁾	Centre S.Sociale ⁽²⁾	Tarif 2016
Conjoint			<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>		
	Date de naissance : <input type="text" value=""/> Sexe (H/F) : <input type="text" value=""/>					
1 ^{er} enfant			<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>		
	Date de naissance : <input type="text" value=""/> Sexe (H/F) : <input type="text" value=""/>					
2 ^e enfant			<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>		
	Date de naissance : <input type="text" value=""/> Sexe (H/F) : <input type="text" value=""/>					
3 ^e enfant ⁽³⁾			<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>		GRATUIT
	Date de naissance : <input type="text" value=""/> Sexe (H/F) : <input type="text" value=""/>					

(1) Régime : 01 = Régime général 02 = Régime agricole 03 = Travailleur indépendant ou profession libérale 04 = Autres régimes (RATP, SNCF...)
(2) Centre de Sécurité sociale – ex : CPAM Gironde, MSA Bayonne...
(3) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant. Si vous déclarez plus de 3 enfants, veuillez compléter les informations lisiblement sur papier libre.

Pour adhérer, c'est très simple !

1 Votre employeur a sélectionné un module de base à destination de ses salariés auquel vous êtes tenus de souscrire obligatoirement (*hors cas de dispense légale*). Pour adhérer, remplissez les informations vous concernant (coordonnées...).

2 Vous avez la possibilité d'inscrire vos ayants-droit (conjoint, concubin, enfants...) sur le module de base en remplissant les informations concernant votre famille dans le tableau dédié. Cette adhésion est facultative ou obligatoire en fonction du choix de votre entreprise. En cas d'adhésion facultative, la cotisation additionnelle sera intégralement à votre charge.

ADHESION AU MODULE DE BASE POUR VOS AYANTS DROIT

L'adhésion de vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.

Liens de Parenté	NOM	Prénom	N° sécurité sociale	Régime in	Centre S. Sociale ⁰¹	Tarif 2016
Conjoint			_____	__		
	Date de naissance : _____	Sexe (H/F) : ___				
1 ^{er} enfant			_____	__		
	Date de naissance : _____	Sexe (H/F) : ___				
2 ^e enfant			_____	__		
	Date de naissance : _____	Sexe (H/F) : ___				
3 ^e enfant ⁰²			_____	__		GRATUIT
	Date de naissance : _____	Sexe (H/F) : ___				

3 Vous pouvez également améliorer le niveau de votre protection et celui de vos ayants droit en souscrivant une sur-complémentaire. Plusieurs niveaux vous sont proposés au verso du bulletin en fonction de la base souscrite par votre employeur. La cotisation additionnelle sera intégralement à votre charge.

NIVEAU 2

NIVEAU 3

NIVEAU 4

NIVEAU 5

NIVEAU 6

4 Datez, signez et renvoyez le bulletin complété accompagné des pièces jointes demandées (*liste ci-dessous*) à l'adresse suivante : **Mutuelle OCIANE – Service Commercial Entreprises – 8 Terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX CEDEX.**

PIECES A JOINDRE A VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION :

Adhérent	Copie de l'attestation de Carte Vitale* + RIB du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations+ Mandat de prélèvement SEPA (si souscription à une sur-complémentaire ou ayants droit)
Conjoint/Concubin/PACS	Copie de l'attestation de Carte Vitale*
Enfant à charge de moins de 18 ans de l'adhérent	Copie de l'attestation papier carte Vitale sur laquelle figure l'enfant. Naissance ou adoption : fournir une copie de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption dans les 3 mois pour bénéficier de la prime d'inscription sous réserve que l'enfant soit désigné comme bénéficiaire du contrat.
Enfant à charge de 18 à 28 ans	Copie de l'attestation papier carte Vitale sur laquelle figure l'enfant*
Pour toutes les adhésions facultatives (ayants droit, sur-complémentaires)	Mandat de prélèvement SEPA complété et signé.

* ou à défaut toute information nécessaire pour identifier votre caisse d'Assurance Maladie à remplir sur le Bulletin d'affiliation (Centre de Sécurité sociale / ex : CPAM gironde, MSA Bayonne...)

Pour bénéficier des conseils d'Ociane, appelez le 05 57 81 15 15

Les informations recueillies sont destinées à un usage interne à notre groupement et ne pourront être communiquées qu'aux tiers autorisés mentionnés sur les déclarations faites à la CNIL. Les réponses au présent questionnaire ont un caractère obligatoire. En cas de non-réponse, vous ne pourrez bénéficier de nos garanties. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 06.01.1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information sur notre fichier. Sauf avis contraire de votre part ou impossibilité technique, les informations recueillies pourront être transmises à votre régime obligatoire, afin d'assurer un délai de remboursement minimum.