



SOLIDARITÉ D'AQUITAINE - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du livre II, Siren n° 781 848 221,
substituée par : PAVILLON PRÉVOYANCE

0 810 810 033

Service 0,05 €/min
* prix appel

ou 05 57 81 24 41
LUNDI AU VENDREDI 8H/19H - SAMEDI 9H/12H

Cadre réservé à Pavillon Prévoyance

Bulletin d'adhésion à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière

Articles L.861-1 et suivants du code de la Sécurité sociale

Votre caisse d'Assurance maladie vous a accordé le droit à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière. Vous pouvez ainsi bénéficier d'une couverture complémentaire sans restes à charge pour tous les soins décrits dans le tableau « Couverture de la Complémentaire santé solidaire » ci-dessous. Un tableau plus détaillé vous est joint en annexe.

CADRE RESERVÉ À LA MUTUELLE

Conseiller :

Code apporteur : PAV

Identification du demandeur :

Nom (*nom de famille, suivi du nom d'usage le cas échéant*):

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Numéro de Sécurité sociale :

Tél. :

E-mail :

Liste des membres du foyer ayant choisi cet organisme :

Nom Prénom	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Code de l'organisme d'Assurance maladie de base (CPAM, MSA, etc.)	Montant mensuel de la participation financière	Montant annuel de la participation financière
				€	€
				€	€
				€	€
				€	€
Montant total					€
<i>Si un des membres du foyer ne souhaite pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, rayer son nom et indiquer le nouveau montant total</i>					€

Ce montant est payable en douze échéances, par prélèvement automatique mensuel.

Le montant de la première échéance s'élève à _____ euros.

Pour que le droit à la Complémentaire santé solidaire prenne effet :

- ✓ Signez ce bulletin et renvoyez-le sous trois mois à compter de la réception du présent bulletin à l'adresse indiquée en page 1 du présent document.
- ✓ Joignez votre attestation de droits de carte Vitale.
- ✓ Complétez, signez et retournez l'autorisation de prélèvement ci-jointe en joignant un RIB.¹

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties couvertes par le présent contrat et des conditions d'adhésion figurant dans le document annexé au présent formulaire d'adhésion et j'accepte le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par Pavillon Prévoyance dans un fichier informatisé pour être utilisées par Pavillon Prévoyance et ses filiales pour l'établissement d'offres commerciales correspondant à vos besoins et autres solutions assurantielles puis dans le cadre de la gestion de votre contrat frais de santé.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et à la réglementation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'opposition aux données vous concernant en contactant : Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex. Pour accéder à notre Politique de Protection des Données : www.pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees. Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

J'accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient utilisées pour l'établissement d'offres commerciales correspondant à mes besoins et autres solutions assurantielles.

Fait à :

Date :

Signature du demandeur *Précédée de la mention «lu et approuvé»* :

¹ Pour utiliser un autre mode de règlement et obtenir davantage d'informations sur la date de prise d'effet de la Complémentaire santé solidaire, consulter la notice jointe. En cas de renouvellement, sauf envoi d'un nouveau RIB, le montant de la participation financière sera prélevé sur le compte bancaire précédemment désigné.

Couverture de la Complémentaire santé solidaire

(Articles L.861-1 et suivants du code de la Sécurité sociale)

Détail des garanties et des conditions d'adhésion (document à conserver)

Garanties Complémentaire santé solidaire		
	Prestations	Prise en charge
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier	Intégrale et sans limitation de durée
	Honoraires	TM ¹
Soins courants	Honoraires médicaux	TM
	Honoraires paramédicaux	TM
	Analyses et examens de laboratoire	TM
	Médicaments	TM
	Matériel médical panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM)
	Matériel médical autre	TM
Dentaire	Soins	TM
	Prothèses panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Prothèses autres	TM
	Orthodontie panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Orthodontie autre	TM
Optique	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Equipements autres	TM
	Lentilles	TM
Aides auditives	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Equipements autres	TM

Nota : Hors exigence particulière du patient, les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. Les bénéficiaires ont droit au tiers-payant intégral (dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et complémentaire).

¹ TM : Ticket modérateur (participation des assurés non prise en charge par votre organisme d'assurance maladie obligatoire au titre de la couverture maladie de base)

² Pour en savoir plus sur les actes pris en charge dans le cadre des paniers de soins Complémentaire santé solidaire, vous pouvez consulter le site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr.

Les paniers de soins Complémentaire santé solidaire en dentaire, optique et pour les aides auditives comportent a minima les mêmes actes que ceux prévus par les contrats 100% santé.

Date d'effet et durée de l'adhésion : la Complémentaire santé solidaire démarre à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion et de l'autorisation de prélèvement dûment complétés, accompagnés d'un relevé d'identité bancaire. Elle est ouverte pour 12 mois. Son renouvellement doit être demandé au plus tôt 4 mois et au plus tard 2 mois avant la date de fin auprès de votre organisme d'assurance maladie obligatoire.

Remboursement des frais de santé : vous n'avez pas à avancer les frais, le professionnel de santé sera directement remboursé. Une fois votre adhésion enregistrée, votre caisse d'assurance maladie obligatoire vous adressera une attestation mentionnant les dates de début et de fin de la Complémentaire santé solidaire pour vous et les membres de votre foyer. Vous devrez alors mettre à jour votre carte Vitale pour faire valoir vos droits auprès des professionnels consultés.

Calcul des participations financières : le montant de la participation financière dépend de l'âge de chaque personne au 1^{er} janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire. Il est fixe pendant toute la période de droits.

Règlement des participations financières : le paiement de la participation financière annuelle est opéré par prélèvement mensuel automatique, de 12 échéances. La date de prélèvement est précisée sur l'échéancier qui vous sera transmis dès enregistrement de l'adhésion et du mandat de prélèvement.

Non-paiement des participations financières : à défaut de paiement des participations financières, votre droit à la Complémentaire santé solidaire peut être interrompu provisoirement ou définitivement. En cas de difficultés financières, contactez-nous.

Changement de situation en cours de Complémentaire santé solidaire : vous devez informer votre organisme complémentaire en cas de naissance, d'adoption, d'arrivée d'un enfant mineur, de décès, de fin de résidence en France. L'arrivée d'un enfant mineur à charge n'entraîne aucun frais supplémentaire pour la période de Complémentaire santé solidaire restant à courir. Le décès ou la fin de résidence en France amène à réviser ou supprimer, pour la personne concernée, le montant de la participation financière.

Important : En cas de rupture anticipée de la Complémentaire santé solidaire, vous devez mettre à jour sans délai votre carte Vitale. A défaut, votre organisme d'assurance maladie peut être amené à vous réclamer le paiement des frais qui auraient été indûment remboursés au professionnel de santé.

Régime général

Age au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Montant mensuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

Régime local Alsace Moselle

Age au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Montant mensuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	2,80 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	4,90 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	7,30 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	8,70 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	10,50 euros

