

Je souscris :

Je soussigné(e) déclare adhérer à la garantie **PEP'S SANTÉ** pour moi-même et éventuellement pour les personnes désignées au recto.

Date d'effet : 01/...../2016

Cotisations 2016 (par mois et par personne)		
PEP'S SANTÉ		
Tarif ADULTE	5,73 €	x
Tarif ENFANT ⁽¹⁾	3,00 €	x
Total	= €

⁽¹⁾ Tarif enfant jusqu'à 18 ans

Je choisis le paiement des cotisations :

- Par prélèvement automatique** : le 5 du mois le 10 du mois
 semestriel trimestriel mensuel
 Je joins un relevé d'identité bancaire IBAN
- Sans prélèvement automatique**
 Je règle par chèque annuel à l'ordre de CCMO Mutuelle

Après avoir pris connaissance des Statuts, du Règlement mutualiste et de la notice d'information, je déclare adhérer à CCMO Mutuelle et souscrire pour moi-même ainsi que les personnes ci-dessus désignées, à la garantie surcomplémentaire PEP'S SANTÉ. Je m'engage à respecter un sociétariat minimum d'un an. Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.

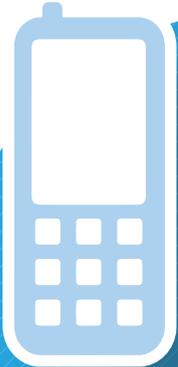
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion du régime surcomplémentaire frais de santé ci-avant désigné. Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations me concernant sur ce fichier en m'adressant à CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex. Les destinataires de ces informations sont CCMO Mutuelle, les caisses d'assurance maladie du Régime obligatoire, ses éventuels coassureurs, réassureurs ou les organismes professionnels concernés, qui pourront m'adresser par e-mail ou voie postale des propositions et documents commerciaux susceptibles de m'intéresser.

Si je ne souhaite pas recevoir ces propositions ou documents, je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse ci-dessus indiquée.

En outre, conformément au décret n°2015-556 du 19 mai 2015, vous disposez aussi d'un droit d'inscription sur les listes d'opposition au démarchage téléphonique.

À :
 Le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

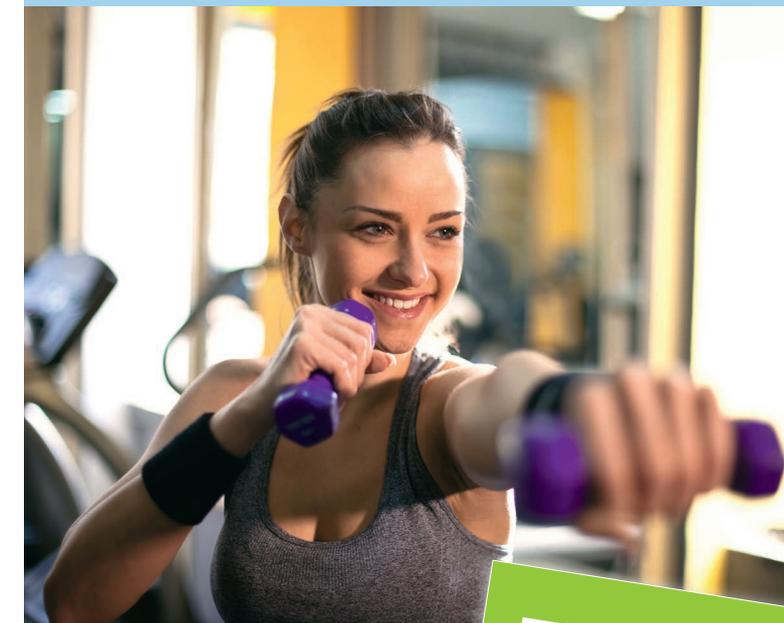
→ CONTACTEZ NOUS
 AU
03 44 06 90 00



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé
 CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex
 Mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité - N° 780508073

Document non contractuel



5 €73 /mois

Avec **PEP'S SANTÉ**,
 muscliez votre capital santé



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.



5 €73 /mois seulement

PEP'S SANTÉ la formule qui vient en complément de votre mutuelle

Parce que votre complémentaire santé ne couvre pas toutes vos dépenses maladie, **PEP'S SANTÉ** vous assure le remboursement des frais qui ne sont pas ou peu pris en charge par votre mutuelle.

« J'ai les pieds plats et je dois porter des semelles orthopédiques quand je fais du sport. La Sécu et ma mutuelle me remboursent partiellement. Avec **PEP'S SANTÉ**, mes semelles sont mieux remboursées ».



David - 32 ans



Justine - 25 ans

« En plus de mes exercices à la salle de sport, je fais attention à mon alimentation depuis 2 ans. La Sécu et ma mutuelle ne me remboursent pas ma consultation chez le diététicien. Avec **PEP'S SANTÉ**, elle est totalement remboursée ».

Comment adhérer à PEP'S SANTÉ

- 1 Complétez le bulletin d'adhésion ci-contre
- 2 Adressez-nous le bulletin et les pièces justificatives à : CCMO Mutuelle PEP'S SANTÉ : 6 avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

PEP'S SANTÉ

votre surcomplémentaire santé

Les remboursements Pep's Santé en % incluent ceux du R.O. et la complémentaire santé. Les remboursements Pep's Santé en € interviennent en complément.

SOINS COURANTS		Remboursement en % incluant le R.O. + la mutuelle + PEP'S
Consultation de spécialistes	200%	
Kinésithérapeute	150%	
Pédicurie - podologie Remboursée par le R.O.		150%
APPAREILLAGE		Remboursement en €, en complément de votre R.O. et de votre mutuelle
Autres dispositifs médicaux et appareillages (semelles, chevillères, etc) ⁽¹⁾	200%	
Gros appareillage (Plafond / an) ⁽¹⁾	1 000€	
BIEN ÊTRE		Remboursement en €, en complément de votre R.O. et de votre mutuelle
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur	45€/séance Plafond 3 séances/an	
Diététicien	30€/séance Plafond 3 séances/an	
SERVICES		
Garantie Pass'Sports ⁽³⁾ Capital en cas d'accident...	Oui	

R.O. : Régime Obligatoire

*dans le respect du parcours de soins.
Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés. Les remboursements CCMO Mutuelle exprimés en plafond € interviennent EN PLUS du remboursement du régime obligatoire et de la complémentaire santé.
Les remboursements Pep's Santé en % incluent ceux du R.O. et la complémentaire santé.
Se référer à la notice d'information jointe.
Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire (tarif d'autorité).

⁽¹⁾ Podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chasis.
⁽²⁾ A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.
⁽³⁾ Cette prestation est assurée par la Mutuelle des Sportifs.

Dans le cadre d'une surcomplémentaire santé, l'avance des frais ne s'applique pas. Pour bénéficier du remboursement de vos prestations, vous devez donc nous envoyer vos justificatifs (décomptes R.O., mutuelle, factures) par courrier à l'adresse ci-dessous :

CCMO MUTUELLE PEP'S SANTÉ
Service Prestations – 6 avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé – CS 50993 – 60014 Beauvais Cedex

Adhésion 2016 à PEP'S SANTÉ

Exemplaire original à nous retourner complété et accompagné d'un relevé d'identité bancaire IBAN ainsi que du règlement d'un mois de cotisation.

Contrat collectif à adhésion facultative
N°
Cachet

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
N° SS :
Organisme d'affiliation :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél :
Courriel :@.....

Si vous êtes déjà adhérent CCMO, merci d'indiquer votre numéro :

Situation de famille :
 Célibataire Marié(e)* Pacsé(e)* Concubin(e)* Divorcé(e) Veuf(ve)
 * justificatifs à fournir

→ Vous souhaitez également adhérer à PEP'S SANTÉ pour votre famille

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)				
Nom		Prénom		
Sexe M/F	Date de naissance			N° Régime obligatoire
	Jour	Mois	Année	

Enfant(s) à charge				
Nom		Prénom		
Sexe M/F	Date de naissance			N° Régime obligatoire
	Jour	Mois	Année	

Nom		Prénom		
Sexe M/F	Date de naissance			N° Régime obligatoire
	Jour	Mois	Année	

Mandat de prélèvement SEPA

CCMO MUTUELLE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CCMO Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CCMO Mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Organisme créancier : CCMO Mutuelle
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

Identifiant Créancier SEPA : FR42ZZZ394529

Titulaire du compte

Paieement récurrent / répétitif paiement ponctuel / unique

Nom du payeur :
Adresse :
Code postal :
Ville : Pays :

BIC
.....

IBAN
.....

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance. Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

A : Le :
Signature :

* Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »