

'J'ai rêvé' 3

LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

**UN TARIF UNIQUE
SANS CONDITION D'ÂGE**

**DES GARANTIES
NOUVELLES**

• ACUPUNCTURE, HOMÉOPATHIE,
PHYTOTHÉRAPIE, OSTÉOPATHIE,
ETIOPATHIE, CHIROPRACTIE

M.C.A. : Siret : 390 980 060 00012

MCA MÉDIA CONSEIL ASSURANCES

S.A.R.L. de Courtage d'Assurance
4 et 4 bis allée Charles V
94300 VINCENNES
N° ORIAS 07 031 603 www.orias.fr

Document non contractuel.
Contrat Complémentaire Santé groupe ouvert exclusif
"J'ai rêvé 3" souscrit par **M.C.A.**

GARANTIES SANTÉ “ J’AI RÊVÉ 3 ”

(au 01/01/2010) exprimé en pourcentage de la base du remboursement de la Sécurité Sociale

HONORAIRES (Consultations, visites, actes de spécialistes, auxiliaires médicaux, radiologie, analyses de laboratoire)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale) EN EUROS
• Secteur conventionné	250 %	
• Secteur non conventionné	250 %	
• Transport accepté par les régimes de base obligatoires	100 %	
• Forfait vaccins refusés	3,5 % PMSS*/an	100,98 €/an
• Pharmacie (vignettes blanches / vignettes bleues)	100 %	
HOSPITALISATION MÉDICALE et CHIRURGICALE (Y compris dépassement d'honoraires)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale) EN EUROS
• Secteur conventionné	100 % des Frais réels limités à 300%	
• Secteur non conventionné	90 % des Frais réels limités à 300 %	
• Chambre particulière (illimitée en chirurgie et maladie)	3,5 % PMSS*/jour maxi	100,98 €/jour maxi
• Forfait journalier (illimité en chirurgie et maladie)	OUI**	
• Forfait journalier en Psychiatrie (limité à 45 jours/an)	OUI**	
• Forfait Journalier, en Maison de repos, de convalescence et de rééducation (limité à 90 jours/an)	OUI**	
• Frais d'accompagnement enfants - de 12 ans (durée limitée à 30 jours par an) ⁽¹⁾	2,50 % PMSS*/jour maxi	72,13 €/jour maxi
DENTAIRE	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale) EN EUROS
• Soins et Radios, Inlays, Onlays	250 %	
• Prothèses mobiles et fixes acceptées et refusées	450 %	
• Orthodontie acceptée par la CPAM	450 %	
• Implants (forfait annuel par bénéficiaire) ***		200,00 €

SERVICES

TIERS PAYANT (il est pratiqué avec tous les professionnels de santé et auxiliaires médicaux qui le demandent)	OUI
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE (descriptif des garanties au dos du bulletin d'adhésion)	OUI

GARANTIES SANTÉ “ J’AI RÊVÉ 3 ”

(au 01/01/2010) exprimé en pourcentage de la base du remboursement de la Sécurité Sociale

PROTHÈSES (autres que Dentaires)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale) EN EUROS
• Prothèses auditives, Orthopédiques, Petit appareillage	100 %	
• Forfait annuel***	20 % PMSS*/an	577,00 €/an
OPTIQUE (forfait annuel, par bénéficiaire)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale) EN EUROS
• Remboursement Régime de base obligatoire	100 %	
• Forfait monture (1 monture / par an / bénéficiaire)***	10 % PMSS*/an	288,50 €/an
• Verres (1 paire / par an / bénéficiaire)***	90 % des Frais Réels	
• Forfait lentilles de contact acceptées ou refusées, opération de la myopie *** (Lentilles refusées : sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre régime obligatoire)	10 % PMSS*/an	288,50 €/an
CURE THERMALE	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale) EN EUROS
• Remboursement Régime de base obligatoire	100 %	
• Forfait annuel Hébergement (hors restauration) et transport***		500,00 €
GARANTIES NOUVELLES (forfait annuel par bénéficiaire sur facture acquittée)***		REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale) EN EUROS
• Acupuncture, Homéopathie, Phytothérapie, Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie		200,00 €

* P.M.S.S. : Plafond Mensuel De La Sécurité Sociale, 2 885 € au 1^{er} Janvier 2010.

(1) FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT ENFANT : Lit et repas hospitaliers.

Prothèses dentaires refusées : TRSS : Tarif de Responsabilité du Régime Obligatoire exprimé en % du TRSS dans la limite des frais engagés.

** Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le ministère de la santé.

Frais de télévision, envoyer les justificatifs à la mutuelle : 1,52 € / jour (maximum 152,45 € par an)

***Forfaits annuels : par bénéficiaire, par année civile.

Les remboursements indiqués ci-dessus sont calculés en % de la base de remboursement sécurité sociale et comprennent ceux effectués par le régime obligatoire. Les remboursements des dépenses ne peuvent en aucun cas être supérieurs au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le contrat ci-dessus est solidaire et responsable. Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.

La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par votre Mutuelle.

ACTES DE PRÉVENTION : Ostéodensitométrie / Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et poliomyélite tous âges

'J'ai rêvé' 3

Cotisations Mensuelles Année 2010

CATÉGORIES	Isolé	Couple	Enfant de -18 ans	Enfant de + de 18 ans et de - 25 ans (si étude ou apprentissage)
COTISATIONS	86 €	160 €	35 €	45 €

LES SERVICES

L'ATTESTATION TIERS-PAYANT :

L'attestation tiers payant est délivrée aux adhérents, elle permet de ne plus faire l'avance des frais pharmaceutiques pour les médicaments prescrits par un médecin et remboursables par la Sécurité Sociale ainsi qu'après de tous les professionnels de santé désirant faire le tiers payant.

L'attestation tiers payant est renouvelée chaque début d'année et est valable jusqu'au 31 décembre de chaque année.

En cas de résiliation, l'adhérent doit retourner l'attestation tiers payant.

LES PRISES EN CHARGES 24H/24 ET 7J/7.

Hospitalisation :

En cas d'hospitalisation auprès d'un établissement conventionné, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge. Cette dernière doit être demandée par l'établissement hospitalier.

Dans tous les cas la prise en charge est adressée directement à l'établissement hospitalier.

Optique :

Sur présentation de l'attestation tiers payant, l'opticien se charge des demandes de prise en charge.



Pour nous contacter, appelez au **01 43 56 32 31**

ou par e-mail : **contact@iceas.fr**

www.assurances-iceas.fr

ADHERENT

NOM :Né(e) le : | | | | | | | | | |

PRENOM :

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | Clé | | | |
Régime | | | | Org | | | | Centre | | | |

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION VITALE.

ADRESSE :

.....

VILLE :Code Postal : | | | | | |

Téléphone : | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | |

E-mail :

Situation de famille : - Célibataire - Marié
- Concubin(e) - Divorcé - Veuf (ve)

Profession :

 Nouvelle adhésion Modification (ajout de bénéficiaire)

DATE D'EFFET : | | | | | | | | | |

Garantie souscrite :

" J'AI RÊVÉ 3"

Cotisation mensuelle :

1^{er} REGLEMENT PAR CHEQUE

Prélèvement Mensuel :€

Date de prélèvement :
entre le 12 et le 14 de chaque mois.**BENEFICIAIRES :** JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION VITALE ET CELLES DES PERSONNES À ASSURER.**Conjoint(e) ou concubin(e)**

NOM :PRENOM : Né(e) le : | | | | | | | | | |

Régime | | | | Org | | | | Centre | | | | N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | Clé | | | |

Enfants à charge

Nom	Prénom	Régime	Org	Centre	Né(e) le	N° Sécurité Sociale
.....					Clé
.....					Clé
.....					Clé
.....					Clé

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations vous concernant sur ce fichier en vous adressant à votre mutuelle. MMC - 6 Rue Paul Morel - 70000 VESOUL - Numéro d'immatriculation 778542852. Après avoir pris connaissance des statuts, de la notice d'informations, de mon droit à renonciation et d'avoir reçu le formulaire (renonciation), je déclare adhérer ainsi que les personnes ci-dessus désignées, aux garanties indiquées, auprès de la MMC.
Je soussigné, certifie mes déclarations sincères et véritables.

À....., le..... **SIGNATURE DE L'ADHÉRENT****AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

J'autorise l'établissement 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'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

331 244

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

M M C

B.P. 80283

70006 VESOUL Cedex

Régie par le Code de la mutualité n° 778 542 852

COMPTE A DEBITER

Nom et Adresse Postale de l'Etablissement teneur du compte à débiter

DATE :

Signature : 

Merci de joindre OBLIGATOIREMENT un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP), ou de caisse d'épargne (RICE).

Information et Correspondance à **M.C.A. " J'AI RÊVÉ "**

1 rue des Amandiers 11510 FITOU

Tél : 0468 450 450 Fax : 0468 452 695

e-mail : jaireve@orange.fr www.jaireve.fr



ASSISTANCE

réservée aux adhérents " J'ai rêvé ".

ASSISTANCES DE TOUS LES JOURS	
EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SUBITE AU DOMICILE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
PREMIERE URGENCE RECHERCHE D'UN MÉDECIN	<ul style="list-style-type: none">• 24/24h, 7/7j, en cas d'accident ou d'urgence médicale, aide afin de trouver un médecin de garde ou un organisme d'urgence où survient l'accident
TRANSPORT À L'HOPITAL	<ul style="list-style-type: none">• Transport en ambulance jusqu'à la clinique ou l'hôpital de votre choix, ainsi que le retour à votre domicile
ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS PRESCRITS	<ul style="list-style-type: none">• En cas d'incapacité temporaire suite à une maladie ou à un accident, envoi d'un correspondant afin de récupérer les médicaments prescrits
EN CAS D'ENFANT IMMOBILISÉ PLUS DE 15 JOURS AU DOMICILE	<ul style="list-style-type: none">• pour une absence scolaire supérieure à 15 jours, mise à disposition d'une aide pédagogique à partir du 16^{ème} jour, à raison de 10h/semaine
EN CAS D'ENFANT MALADE NÉCESSITANT UNE GARDE PROLONGÉE	<ul style="list-style-type: none">• Si nécessité de la présence d'une personne au chevet d'un enfant, mise à disposition d'une aide maternelle pendant 3 jours ouvrés à raison de maximum 10h/jour.
EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS	<ul style="list-style-type: none">• Garde des enfants ou petits enfants de - de 15 ans pendant 2 jours consécutifs à raison d'un maximum de 10h/jour• Transport chez des proches résidant en France Métropolitaine• Transport d'un proche résidant en France Métropolitaine
GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES	<ul style="list-style-type: none">• Garde des personnes dépendantes habitant sous le même toit pendant 2 jours consécutifs à raison d'un maximum de 10h/jour• Transport chez des proches résidant en France Métropolitaine• Transport d'un proche résidant en France Métropolitaine
GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS	<ul style="list-style-type: none">• Garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux familiers de type courant (chiens, chats)• Prise en charge du coût de cette garde jusqu'à 30 jours par événement
AIDE À DOMICILE	<ul style="list-style-type: none">• Après + de 4 jours d'hospitalisation, aide à domicile dans les 10 jours qui suivent le retour à domicile à concurrence de 2h/jour pendant 4 jours
EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE À L'ÉTRANGER	
PRISE EN CHARGE	<ul style="list-style-type: none">• Vient en complément des remboursements obtenus auprès de la Sécurité Sociale pour un montant maximum de 4575 € TTC (maladie - Accident) - 153 € (frais dentaires)• Avance maximum de 4575 € TTC du montant nécessaire au paiement des frais
EN CAS DE DÉCÈS	
PRISE EN CHARGE	<ul style="list-style-type: none">• Prise en charge des enfants et ascendants• Garde de vos animaux familiers (chiens, chats, oiseaux)• Avance frais d'obsèques : au maximum 3050 € TTC, remboursable dans un délai de 30 jours
ASSISTANCES DE TOUS LES JOURS	
INFORMATIONS MÉDICALES	
Les nouveaux traitements - les effets secondaires - les interactions entre médicaments - les régimes spécifiques - les vaccinations la mise en forme - la diététique - la puériculture	
INFORMATIONS JURIDIQUES	
RENSEIGNEMENTS RÉGLEMENTAIRES	<ul style="list-style-type: none">• Habitation, logement - Justice, défense, recours - Vie Professionnelle - Sociétés, commerçants - Impôts, fiscalité
RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE	<ul style="list-style-type: none">• Consommation - Vacances, loisirs - Formalités, cartes, permis - Enseignement, formation
RENSEIGNEMENTS VOYAGES	<ul style="list-style-type: none">• Formalités administratives à l'étranger, obligations de vaccins et précautions d'usage
PROBLÈMES DE L'ENFANCE	<ul style="list-style-type: none">• Conseils pédagogique et psychologiques adaptés

ADHERENT

NOM : Né(e) le : | | | | | | | | | |

PRENOM :

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | Clé | | | |
Régime | | | | Org | | | | Centre | | | |

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION VITALE.

ADRESSE :

.....

VILLE : Code Postal : | | | | | |

Téléphone : | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | |

E-mail :

Situation de famille : - Célibataire - Marié
- Concubin(e) - Divorcé - Veuf (ve)

Profession :

 Nouvelle adhésion Modification (ajout de bénéficiaire)

DATE D'EFFET : | | | | | | | | | |

Garantie souscrite :

" J'AI RÊVÉ 3"

Cotisation mensuelle :

1^{er} REGLEMENT PAR CHEQUE

Prélèvement Mensuel :€

Date de prélèvement :
entre le 12 et le 14 de chaque mois.**BENEFICIAIRES :** JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION VITALE ET CELLES DES PERSONNES À ASSURER.**Conjoint(e) ou concubin(e)**

NOM : PRENOM : Né(e) le : | | | | | | | | | |

Régime | | | | Org | | | | Centre | | | | N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | Clé | | | |

Enfants à charge

Nom	Prénom	Régime	Org	Centre	Né(e) le	N° Sécurité Sociale
.....					Clé
.....					Clé
.....					Clé
.....					Clé

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations vous concernant sur ce fichier en vous adressant à votre mutuelle. MMC - 6 Rue Paul Morel - 70000 VESOUL - Numéro d'immatriculation 778542852. Après avoir pris connaissance des statuts, de la notice d'informations, de mon droit à renonciation et d'avoir reçu le formulaire (renonciation), je déclare adhérer ainsi que les personnes ci-dessus désignées, aux garanties indiquées, auprès de la MMC.
Je soussigné, certifie mes déclarations sincères et véritables.

À....., le..... **SIGNATURE DE L'ADHÉRENT****AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

J'autorise l'établissement 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'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

331 244

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

MMC

B.P. 80283

70006 VESOUL Cedex

Régie par le Code de la mutualité n° 778 542 852

COMPTE A DEBITER

Nom et Adresse Postale de l'Etablissement teneur du compte à débiter

DATE :

Signature :

Merci de joindre OBLIGATOIREMENT un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP), ou de caisse d'épargne (RICE).

Information et Correspondance à **M.C.A. " J'AI RÊVÉ "**

1 rue des Amandiers 11510 FITOU

Tél : 0468 450 450 Fax : 0468 452 695

e-mail : jaireve@orange.fr www.jaireve.fr



ASSISTANCE

réservée aux adhérents " J'ai rêvé ".

ASSISTANCES DE TOUS LES JOURS	
<i>EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SUBITE AU DOMICILE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT</i>	
PREMIERE URGENCE RECHERCHE D'UN MÉDECIN	• 24/24h, 7/7j, en cas d'accident ou d'urgence médicale, aide afin de trouver un médecin de garde ou un organisme d'urgence où survient l'accident
TRANSPORT À L'HOPITAL	• Transport en ambulance jusqu'à la clinique ou l'hôpital de votre choix, ainsi que le retour à votre domicile
ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS PRESCRITS	• En cas d'incapacité temporaire suite à une maladie ou à un accident, envoi d'un correspondant afin de récupérer les médicaments prescrits
EN CAS D'ENFANT IMMOBILISÉ PLUS DE 15 JOURS AU DOMICILE	• pour une absence scolaire supérieure à 15 jours, mise à disposition d'une aide pédagogique à partir du 16 ^{ème} jour, à raison de 10h/semaine
EN CAS D'ENFANT MALADE NÉCESSITANT UNE GARDE PROLONGÉE	• Si nécessité de la présence d'une personne au chevet d'un enfant, mise à disposition d'une aide maternelle pendant 3 jours ouvrés à raison de maximum 10h/jour.
<i>EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT</i>	
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Garde des enfants ou petits enfants de - de 15 ans pendant 2 jours consécutifs à raison d'un maximum de 10h/jour • Transport chez des proches résidant en France Métropolitaine • Transport d'un proche résidant en France Métropolitaine
GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Garde des personnes dépendantes habitant sous le même toit pendant 2 jours consécutifs à raison d'un maximum de 10h/jour • Transport chez des proches résidant en France Métropolitaine • Transport d'un proche résidant en France Métropolitaine
GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux familiers de type courant (chiens, chats) • Prise en charge du coût de cette garde jusqu'à 30 jours par événement
AIDE À DOMICILE	• Après + de 4 jours d'hospitalisation, aide à domicile dans les 10 jours qui suivent le retour à domicile à concurrence de 2h/jour pendant 4 jours
<i>EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE À L'ÉTRANGER</i>	
PRISE EN CHARGE	<ul style="list-style-type: none"> • Vient en complément des remboursements obtenus auprès de la Sécurité Sociale pour un montant maximum de 4575 € TTC (maladie - Accident) - 153 € (frais dentaires) • Avance maximum de 4575 € TTC du montant nécessaire au paiement des frais
<i>EN CAS DE DÉCÈS</i>	
PRISE EN CHARGE	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des enfants et ascendants • Garde de vos animaux familiers (chiens, chats, oiseaux) • Avance frais d'obsèques : au maximum 3050 € TTC, remboursable dans un délai de 30 jours
ASSISTANCES DE TOUS LES JOURS	
<i>INFORMATIONS MÉDICALES</i>	
Les nouveaux traitements - les effets secondaires - les interactions entre médicaments - les régimes spécifiques - les vaccinations la mise en forme - la diététique - la puériculture	
<i>INFORMATIONS JURIDIQUES</i>	
RENSEIGNEMENTS RÉGLEMENTAIRES	• Habitation, logement - Justice, défense, recours - Vie Professionnelle - Sociétés, commerçants - Impôts, fiscalité
RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE	• Consommation - Vacances, loisirs - Formalités, cartes, permis - Enseignement, formation
RENSEIGNEMENTS VOYAGES	• Formalités administratives à l'étranger, obligations de vaccins et précautions d'usage
PROBLÈMES DE L'ENFANCE	• Conseils pédagogique et psychologiques adaptés