



Dijon, le 20 décembre 2014

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex
004999

Références à rappeler :
CARTE PAPIER COMPLEMENTAIRE
Dossier n° : 1550121054017
Mr PARENT FRANCOIS

Monsieur PARENT FRANCOIS
LA GARELLE
5 GRANDE RUE
21630 POMMARD

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous adresser votre nouvelle carte de tiers payant 2015 qui annule et remplace toute carte précédemment reçue.

Cette carte vous dispense de l'avance des frais chez de nombreux professionnels de santé.

Pour bénéficier de ce service vous devez la présenter accompagnée de votre carte Vitale préalablement mise à jour.

Le professionnel de santé est cependant libre de vous refuser ce service, quand bien même la complémentaire santé le propose.

Toute utilisation frauduleuse de la carte donnera lieu à une réclamation des remboursements indûment perçus.

Pour toute information complémentaire ou pour apporter une correction à vos données personnelles, vous pouvez contacter la Caisse de Mutualité Sociale Agricole gestionnaire de vos prestations, dont les coordonnées figurent sur votre carte.


Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleures salutations.

La Direction

folio 1/2

F6743 P13487

0000

Assuré : FRANCOIS PARENT				RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS																
 AGRI PREVOYANCE 21 RUE DE LA BIENFAISANCE 75832 PARIS CEDEX Institution de prévoyance régie par l'article L. 727-2 II du Code Rural Organisme de Gestion : CAISSE REGIONALE MSA DE BOURGOGNE 14 RUE FELIX TRUTAT 21046 DIJON CEDEX 09 69 36 20 50 / FAX 03 80 63 23 02				N° OC	423959295			PERIODE DE VALIDITE		01/01/2015 31/12/2015										
				N° ASSURE	1550121054017															
				EDITEE LE	20/12/2014					SANTÉ BOURGOGNE										
								N° télétrans(1) = 02211000												
BENEFICIAIRES REGIME AGRICOLE				GARANTIES et taux de remboursement (part complémentaire seule)																
NOM, PRENOM	NIR	Contrat Option(2)		HMED	AUXM	LABO	RADL	PHAR	SACT	PROT	OPTI	DNOM	DEHN	DEOR	FACL	TRAN	HOCF	HOSD	CHFA	CONF
PARENT FRANCOIS	1550121054017	SQ/SX		TM+	40%	40%	TM+	TM*	TM	COND	COND	COND	COND	200%	FRAIS	35 %	COND	COND	COND	--
ADH	11/01/1955	NON		50%	BR	BR*	50%*			PART	PART	PART	PART	BR	REELS	BR	PART	PART	PART	

Tous les montants sont exprimés en euro
Tableau annexé aux conditions générales du contrat

(1): Numéro de télétransmission pour les bénéficiaires non agricoles

(2): Si oui, votre contrat prévoit un service d'assistance, pour toute demande: 0145166515

ADH=Assuré, CJT=Conjoint, CCB=Concubin ou Pacsé, EnF=Enfant, AUT=Autre

LES TAUX S'APPLIQUENT AUX BASES DE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE.

(*) Tiers Payant sous réserve de l'acceptation par le professionnel de santé et du respect du parcours de soins