



AGRI PREVOYANCE

21 RUE DE LA BIENFAISANCE - 75832 - PARIS CEDEX

Dijon, le 20 décembre 2014

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex
005017

Références à rappeler :
CARTE PAPIER COMPLEMENTAIRE
Dossier n° : 1900521231302
Mr PARENT MATHIAS

Monsieur PARENT MATHIAS
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 1/1
F6768 P13537
0000

Assuré : MATHIAS PARENT			RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS																
 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	AGRI PREVOYANCE 21 RUE DE LA BIENFAISANCE 75832 PARIS CEDEX Institution de prévoyance régie par l'article L. 727-2 II du Code Rural		N° OC	423959295			PERIODE DE VALIDITE		01/01/2015 31/12/2015										
			N° ASSURE	1900521231302															
			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 MATHIAS	1900521231302	SQ	TM	40%	40%	30%	TM*	TM	COND	COND	COND	--	200%	FRAIS REELS	35%	COND	COND	COND	--
ADH	30/05/1990	NON		BR	BR*	BR*			PART	PART	PART				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																			