



# AGRI PREVOYANCE

21 RUE DE LA BIENFAISANCE - 75382 - PARIS CEDEX

Dijon, le 17 juin 2016

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex  
000089

Madame BELIN-LEDUC GERALDINE  
RSDCE DU LAC LES DAIMS  
6 RUE MAURICE MAUCHAMP  
21200 BEAUNE

**Références à rappeler :**  
**CARTE PAPIER COMPLEMENTAIRE**  
**Dossier n° : 2680628280045**  
Mme BELIN-LEDUC GERALDINE

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous adresser votre nouvelle carte de tiers payant 2016 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

F90 P181

0000

Assurée : GERALDINE BELIN-LEDUC		RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS																	
 <p>AGRI PREVOYANCE 21 RUE DE LA BIENFAISANCE 75382 PARIS CEDEX Institution de prévoyance régie par l'article L. 727-2 II du Code Rural</p> <p>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</p>	N° OC	423959295		PERIODE DE VALIDITE		01/07/2016 31/12/2016													
	N° ASSURE	2680628280045		EDITEE LE		17/06/2016													
	N° télétrans(1) = 02211000		SANTÉ BOURGOGNE																
	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	FLAC	TRAN	HOCF	HOSD	CHFA	CONF
BELIN-LEDUC GERALDINE	2680628280045	SQ	TM	40%	40%	30%	TM*	TM	COND	COND	COND	..	200%	FRAIS REELS	35%	COND	COND	COND	..
ADH	27/06/1968	NON		BR	BR*	BR*			PART	PART	PART				BR	PART	PART	PART	
Tous les montants sont exprimés en euros 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																			