

**Objet :** Affiliation santé Mr Parent 1550121054017

**De :** crobertbethune (crobertbethune@yahoo.fr)

**À :** prevoyance@groupagricola.com;

**Cc :** afgros@me.com;

**Date :** Vendredi 6 janvier 2017 9h27

Madame,

Pour faire suite à notre entretien téléphonique.

Je vous demande de bien vouloir apporter la modification suivante à mon contrat :

Madame PARENT Anne Françoise mon épouse (2570121231310) doit passer adhérente principale du contrat et moi (Monsieur PARENT François 1550121054017) je dois passer sur ce contrat en ayant droit en qualité de conjoint de Madame PARENT Anne Françoise.

Merci de faire le nécessaire rapidement dans la mesure où je vais faire valoir mes droits à la retraite au 1/2/2017.

Bien cordialement.

François Parent.

Envoyé de mon iPad

**Objet :** Fwd: <Ref1225878> Accusé de réception  
**De :** crobertbethune (crobertbethune@yahoo.fr)  
**À :** afgros@me.com;  
**Date :** Vendredi 6 janvier 2017 12h51

Envoyé de mon iPad

Début du message transféré :

**Expéditeur:** Groupe Agricola Prévoyance <prevoyance@groupagricola.com>  
**Date:** 6 janvier 2017 à 10:04:13 UTC+1  
**Destinataire:** crobertbethune@yahoo.fr  
**Objet:** <Ref1225878> Accusé de réception

Bonjour ,

Nous avons bien pris en compte votre demande et vous informons que nous y apporterons une réponse dans les meilleurs délais.

Cordialement,

Votre conseiller client Prévoyance





**CPCEA**  
21 RUE DE LA BIENFAISANCE - 75382 - PARIS CEDEX

Dijon, le 21 décembre 2016

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex  
000441

**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 attestation de tiers payant pour l'année 2017, qui annule et remplace toute carte précédemment reçue.

Cette nouvelle attestation précise la prise en charge de la part complémentaire en tiers payant permettant à de nombreux professionnels de santé de vous dispenser de régler le ticket modérateur<sup>(1)</sup> dans le respect de la réglementation du contrat responsable (article L871-1 du code de la Sécurité sociale). Le professionnel de santé est libre d'accepter ce service.

Pour en bénéficier, vous devez présenter cette attestation accompagnée de votre carte Vitale préalablement mise à jour.

Pour connaître le détail de vos garanties, nous vous invitons à consulter votre notice d'information.

**Attention :** Toute utilisation frauduleuse de l'attestation 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 votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole gestionnaire de vos prestations, dont les coordonnées figurent sur votre attestation.

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

La Direction

(1) TM : Le ticket modérateur est la somme restant à la charge de l'assuré susceptible de varier. Il est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime obligatoire pour effectuer son remboursement et les prestations dues par le régime obligatoire.

folio 1/1  
F447 P894  
-0000-

Assuré : FRANCOIS PARENT			RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS													
 <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>			<p><b>CPCEA</b> 21 RUE DE LA BIENFAISANCE 75382 PARIS CEDEX Institution de prévoyance régie par l'article L. 727-2 II du Code Rural</p>			<p>PERIODE DE VALIDITE : DU 01/01/2017 AU 31/12/2017</p>					<p>N° AMC : 784411134 TYPE CONV : CSR : N° ADHERENT : 1550121054017</p>					
			<p>EDITEE LE 21/12/2016</p>					<p>SANTE CCN 62</p>								
			<p>n° télétrans(1) = 02211000</p>													
BENEFICIAIRES REGIME AGRICOLE														Attestation de tiers Payant		
NOM, PRENOM	QUALITE, DATE DE NAISSANCE	NIR	Contrat Option(2)	MED	AUXM	LARA	PROT	PHAR	DEPR	DEOR	QPTI	TRAN	HOSP			
PARENT FRANCOIS	ADH 11/01/1955	1550121054017	9T NON	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	PEC	PEC	PEC	100% TM	PEC			
PARENT ANNE-FRANCOISE	CJT 30/01/1957	2570121231310	9T NGN	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	PEC	PEC	PEC	100% TM	PEC			
Tous les montants sont exprimés en euros Tableau annexé aux conditions générales du contrat																
<p>(1): Numéro de télétransmission pour les bénéficiaires non agricoles (2): Si oui, votre contrat prévoit un service d'assistance, pour toute demande: 0145166515</p>																
<p>LES TAUX S'APPLIQUENT AUX BASES DE REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE</p>																
<p>Tiers Payant si acceptation du PS et dans le respect du contrat responsable (Art. L871-1 code de la SS)</p>																

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

DOMAINE A.F GROS

5, Grande Rue

La Garelle

21630 POMMARD

**IMPORTANT**

Ce document est à compléter et à signer par l'entreprise puis à remettre à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez

**DECLARATION DE DEPART DE SALARIE – MODELE D'INFORMATION EMPLOYEUR**

Ce modèle de déclaration doit être complété :

- dès lors qu'un ou plusieurs salariés quittent l'entreprise,
- s'ils sont éligibles au maintien temporaire de la garanties frais de santé (portabilité).

Vous devez informer la caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez du départ de l'ancien salarié en adressant ce modèle d'information employeur par e-mail ou courrier.

NOMS	PRENOMS	N°INSEE	DATE DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL
PARENT	Jean François	550121054017 14	31/01/2017

Pour rappel, au moment de la rupture du contrat de travail de vos salariés, vous avez l'obligation de les informer de leur droit au maintien des garanties santé.

Pour trouver tous les documents utiles, rendez-vous sur notre site Internet [www.groupagricla.com](http://www.groupagricla.com).

RÉSERVÉ A L'ENTREPRISE

A Pommard  
Le 31/01/2017

Signature et tampon de l'entre  
**DOMAINE A.F. GROS**  
Adresse : LA GARELLE  
Grande Rue  
21630 POMMARD  
TEL : 03 80 22 61 85 - Fax : 03 80 24 08 16