NYMPHÉA SANTÉ

FUTURS RETRAITÉS ET RETRAITÉS

Un contrat **au cœur de vos besoins**



Nymphéa Santé, mutuelle adhérente

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Il est temps de faire le choix de **votre mutuelle santé !**

Le saviez-vous ?

À la retraite, vous devez souscrire un nouveau contrat santé.

Durant toute votre vie d'actif, vous avez bénéficié du contrat obligatoire frais de soins de santé proposé par votre entreprise.

Ce contrat prendra automatiquement fin à la date d'effet de votre liquidation des droits à la retraite.

Vous pouvez opter pour le dispositif loi Evin proposé par votre employeur, mais certaines prestations adaptées pour des actifs, deviennent inutiles pour des retraités comme par exemple l'orthodontie pour les enfants, les frais liés à la maternité, etc...

Nous vous proposons donc de conserver l'essentiel des avantages de votre contrat actuel...et de l'améliorer en prenant en compte vos futurs besoins de retraité.

Avec notre **contrat santé retraités**, nous avons créé une offre individuelle retraité spécialement étudiée et avantageuse.

Pas de prestations inutiles, mais uniquement des prestations adaptées et de qualité.

Une mutuelle bâtie par des adhérents retraités pour des retraités

Nymphéa Santé, créée le 30 mai 1910, est une mutuelle 45 du code de la mutualité, organisme à but non lucratif, agréée pour fournir à ses membres et à leurs ayants droit, des prestations d'assurance relevant des branches 1 - Accidents et 2 - Maladie, dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives.

Dans le cadre de l'agrément dont elle dispose pour réaliser des opérations relevant de la branche 2 - Maladie, elle propose aux retraités des entreprises d'assurance des prestations d'assurance complémentaire santé.
Du fait d'une forte solidité financière et d'un ratio de solvabilité important, La mutuelle s'engage à couvrir à 100% son engagement relatif au risque santé.

Elle est inscrite sous le numéro SIREN 352 003 180 ou LEI : 969500J7XGNNCL9G9L49.



NOUVEAU

Découvrez notre proposition pour votre prochain contrat santé retraite

Votre contrat collectif actuel
qui va prendre fin

BCAC
complémentaire RPP
(Régime Professionnel de Prévoyance)

+

Klésia
sur-complémentaire

Votre nouveau contrat retraité
à compter de la date de liquidation de vos droits à la retraite

BCAC
Complémentaire RAMA
(Régime d'Assurance Maladie des Allocataires)

+

Nymphéa
sur-complémentaire

Notre mutuelle est dédiée en priorité aux retraités et futurs retraités du groupe COVEA et leurs ayants droit.
Plus de 3 600 retraités COVEA nous font confiance, venez nous rejoindre !

Soyez sûrs de faire le bon choix pour votre prochain contrat

1. Vous bénéficiez d'une protection et de **garanties exactement adaptées** à vos besoins de retraités
2. **Vous ne côtisez pas inutilement** pour des risques ou garanties qui ne vous concernent pas
3. Vous souscrivez à une protection santé à **budget maîtrisé**, peu d'évolution des taux de cotisations
4. Vous disposez d'une **équipe dédiée** à votre service qui vous facilite la vie au quotidien

Notre engagement : un contrat responsable



Notre contrat respecte toutes les spécificités du cahier des charges des contrats responsables, et bénéficie donc de ses avantages ; en particulier l'accès aux offres 100% santé

Aucun délai de carence

Aucun questionnaire médical à l'entrée

Bénéficiaires du contrat

Ce contrat vous couvre en tant que retraité, et vous offre également la possibilité de faire adhérer votre conjoint, votre concubin, votre partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) et vos enfants à charge au sens de la législation fiscale

Barème de **prestations**

Le barème de prestations s'applique de manière identique pour chaque bénéficiaire de NYMPHÉA SANTÉ.

Le remboursement des prestations est effectué sur la base d'un barème dont les éléments peuvent être révisés par le Conseil d'Administration et ratifiés par l'Assemblée Générale pour l'année civile.
Si l'intervention de la Sécurité Sociale, dans les différentes catégories de soins, venait à être fondamentalement modifiée, l'intervention de la Mutuelle pourrait l'être également.
Il en serait de même en cas de modification substantielle de la quote-part du Régime d'Assurance Maladie des Allocataires.
Les garanties sont exprimées avec les participations Sécurité Sociale et RAMA incluses.
Respect obligatoire de la norme « Contrats Responsables[1] » et de l'ensemble des dispositifs garantissant les exonérations des charges fiscales et sociales.

Ne sont pas pris en charge :
- les majorations de participation prévues par les articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du Code de la santé publique ;
- les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques ;
- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale dont les montants sont fixés par décret.

Participation forfaitaire :
2 € par acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation dans la limite de 8 € par jour pour un même professionnel de santé. Le plafond de la participation forfaitaire est de 50 € par année civile et par personne.

Franchises médicales :
- 1 € par boîte de médicaments
- 1 € par acte médical dans la limite de 4 € par jour.
- 4 € par transport sanitaire dans la limite de 8 € par jour.

Le plafond de la franchise médicale est de 50 € par an et par personne.

HOSPITALISATION

SOINS COURANTS

DÉSIGNATION DES ACTES	GARANTIES* (en l'état de la réglementation actuelle)	
	PLAFOND	
Hospitalisation	**OPTAM / OPTAM-CO**	**HORS OPTAM / OPTAM-CO**
Prix de la journée	100 % BRSS	
Forfait journalier	100 % des frais réels	
Chambre particulière	69 € / jour	
Actes de chirurgie (conventionnés et non-conventionnés)	300 % BRSS	200 % BRSS
Soins courants		
Consultations - Visites généralistes (conventionnés et non-conventionnés)	200 % BRSS	180 % BRSS
Consultations - Visites spécialistes et autres médecins (conventionnés et non-conventionnés)	310 % BRSS	200 % BRSS
Actes techniques médicaux (conventionnés et non-conventionnés)	300 % BRSS	200 % BRSS
Radiologie	180 % BRSS	100 % BRSS
Transport	120 % BRSS	
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS	
Pharmacie		
Analyses		
	Non exonéré du ticket modérateur	**Exonéré du ticket modérateur**
Petit appareillage base 60 % S.S. (pansements, accessoires, orthopédie)	240 % BRSS	400 % BRSS
Grand appareillage base 100 % S.S. (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique)	240 % BRSS	400 % BRSS

DENTAIRE

Dentaire	
Soins et prothèses 100 % Santé [2]	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation
Soins dentaires autres que 100 % Santé	180 % BRSS
Inlay Onlay	300 % BRSS
Prothèses dentaires autres que 100 % Santé	420 % BRSS
Stomatologie et parodontie (actes hors nomenclature et hors implantologie)	100 € / an
Implantologie	
Implant racine	500 €
Pilier implantaire	200 €
	(limité à 2 implants par an et par bénéficiaire)

OPTIQUE

DÉSIGNATION DES ACTES		GARANTIES* (en l'état de la réglementation actuelle)	
Optique : lunettes ou lentilles dans un même exercice			
Équipement Classe A (100 % Santé) [2]		105 € dont 30 € maximum pour la monture	
Équipement Classe B (offre à tarif libre)			
Monture		Plafond 100 €	
		Forfait pour 2 verres dans le réseau [3]	**Forfait pour 2 verres hors réseau**
Verres UNIFOCAUX [3]	Classe 1	137,00 €	112,00 €
	Classe 2	184,00 €	153,00 €
	Classe 3	250,00 €	201,00 €
	Classe 4	361,00 €	286,00 €
Verres MULTIFOCAUX [3]	Classe 1	298,00 €	239,00 €
	Classe 2	426,00 €	340,00 €
	Classe 3	465,00 €	371,00 €
	Classe 4	465,00 €	371,00 €
Lentilles [3]		203 €	
Chirurgie réfractive (kératotomie)		310 € / œil	

Un équipement (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de changement de correction

PROTHÈSES AUDITIVES

Prothèses auditives (non compris remboursement S.S.) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans et dans le respect des plafonds de remboursement règlementaires.	
Audioprothèses 100 % Santé [2]	**Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation**
Audioprothèses autres que 100 % Santé	Plafond de 700 € / appareil

PRÉVENTIONS

Prestations de prévention [4]	
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans effectuée dans la limite d'un acte tous les 6 ans	100 % BRSS
Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, pour un des actes suivants et dans la limite d'un acte tous les 5 ans : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	100 % BRSS

AUTRES ACTES

Analyses - Vaccins (prescrits)	
Analyse (non remboursée par S.S.)	70 %
Vaccin (non remboursé par S.S.)	70 %
Accompagnement en cas d'hospitalisation	
Enfant de - 14 ans	Frais de séjour
Adulte (prescription médicale)	
Cures (avec accord de la S.S.)	
Honoraires de surveillance	Ticket Modérateur
Établissement Thermal	
Hébergement et Transport	Forfait de 160 €
Pratiques médicales non reconnues par la S.S.	
(liste limitative : chiropractie, ostéopathie, diététique, psychologie, étiopathie, bilan et séances de psychomotricité)	50 % des honoraires dans la limite de 25 € par séance
Forfait podologie	20 € / séance limité à 2 séances par an
Sevrage tabagique(5)	70 % des frais réels
Ostéodensitométrie (traitement de l'ostéoporose)	52 €
Secours exceptionnels	Après étude du dossier par le Bureau
Tiers payant SP Santé**	
Fidélia Assistance***	**0 810 107 984 (Code Produit 415)**

BRSS : Base de Remboursement Sécurité Sociale

OPTAM/OPTAM-CO : Options des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les limites établies par la convention.
100% Santé : dispositif qui a pour objectif de donner accès à des soins, pris en charge à 100% dans le domaine de l'optique, dentaire et audiologie. Son principe consiste à proposer un ensemble de prestations, appelés « Paniers », des soins identifiées qui répond aux besoins de santé nécessaires. La composition des prestations des Paniers est définie règlementairement.

* Garanties dans les limites des frais réels et des prestations autorisées par les contrats responsables.
** Le tiers payant sera assuré par Santé Pharma, seul système utilisé par le BCAC.
*** Services de garanties au domicile en cas d'hospitalisation, de maternité, de maladie d'un enfant, d'arrêt de travail de la personne en charge des enfants, d'atteinte corporelle grave ou décès de l'assuré, service info / accompagnement - sous condition et réserve d'acceptation par Fidélia Assistance.

(1) Prise en compte des obligations liées à l'entrée en application du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le contenu des contrats responsables.
(2) Tels que définis réglementairement.
(3) Dans le cadre de la maîtrise du Risque : utilisation du réseau Santéclair.
(4) Conformément à l'Article R.871-2, II, du Code de la Sécurité Sociale, le régime prend en charge le ticket modérateur correspondant à deux prestations qui ont été déterminées par la Commission paritaire.
(5) Prise en charge des traitements par substituts nicotiniques. Ceux-ci doivent figurer sur la liste des substituts nicotiniques remboursables par l'Assurance Maladie (patch, gomme, pastille).

Exemples de remboursement

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge
Optique				
Equipement optique Classe A - 100% Santé	105,00 €	14,85 €	90,15 €	- €
Equipement optique unifocal Classe B dans le réseau	240,10 €	0,09 €	236,91 €	3,10 €
Equipement optique unifocal Classe B hors réseau	343,00 €	0,09 €	211,91 €	131,00 €
Equipement optique Multifocal Classe B dans le réseau	429,10 €	0,09 €	397,91 €	31,10 €
Equipement optique Multifocal Classe B hors réseau	613,00 €	0,09 €	338,91 €	274,00 €
Dentaire				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	- €
Prothèse céramo-métallique - 100% santé	500,00 €	84,00 €	416,00 €	- €
Prothèse céramo-métallique	550,00 €	84,00 €	420,00 €	46,00 €
Aides auditives				
Aide auditive Classe 1 (offres 100% Santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	- €
Aide auditive Classe 2 - Tarifs libres	1 476,00 €	240,00 €	700,00 €	536,00 €
Hospitalisation				
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	- €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	600,00 €	247,70 €	247,70 €	104,60 €

Vos remboursements en pratique simples et rapides
le processus de remboursement

Vos remboursements seront traités automatiquement par la télétransmission NOEMIE.

Cependant, certains actes de soins ne peuvent faire l'objet d'un remboursement via ce dispositif, notamment pour les actes dits hors nomenclature, ou si vous avez fait l'objet du tiers payant pour la part du régime obligatoire.
Il faudra par conséquent nous adresser vos demandes de remboursement, en transmettant la note d'honoraires pour les actes hors nomenclature pris en charge dans le cadre de notre barème de prestations et la note d'honoraires accompagnée du décompte Sécurité Sociale pour les actes ayant fait l'objet du tiers payant pour la part régime obligatoire.

La transmission de vos demandes de remboursement

Vous pouvez toujours transmettre vos factures/décomptes via votre espace en ligne BCAC.

Vous pouvez également nous transmettre vos demandes directement par mail à nymphea.sante@covea.fr.
En procédant ainsi, nous serons en possession de vos documents ce qui nous permettra d'être plus réactif en cas de litige avec le gestionnaire du BCAC.

Pour information, la gestion des prestations est entièrement déléguée au BCAC qui se charge de procéder au versement des remboursements des parts complémentaire et sur-complémentaire.



SERVICE WEB

https://bcac-adherent.gestionsante.fr

Vous conservez votre espace adhérent BCAC existant pour vous permettre d'accéder :

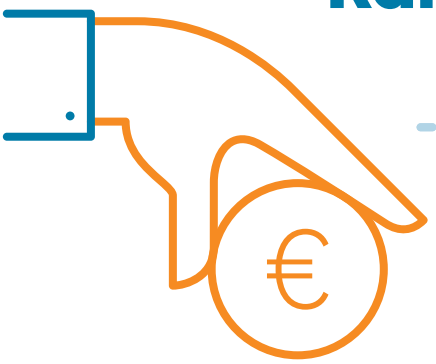
- à vos remboursements de soins ;
- à votre carte de tiers payant ;
- à la géolocalisation des partenaires SANTECLAIR ;
- etc.



**Pensez à remplacer votre adresse mail professionnelle par votre adresse mail personnelle dans vos coordonnées.
Cette modification sera utile en cas de perte de votre mot de passe.**

Votre cotisation **Rama et Nymphéa**

à partir de



110,11 €
par mois
RÉGIME GÉNÉRAL

91,69 €
par mois
RÉGIME ALSACE-MOSELLE

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME ALSACE-MOSELLE	
	Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint
Tranche 1	110,11 €	84,88 €	91,69 €	73,27 €
Revenus inférieurs à 75 % du PASS* soit < 36 045 €				
Tranche 2	121,73 €	94,09 €	98,89 €	80,87 €
Revenus supérieurs à 75% et inférieurs ou égals à 100% du PASS*, soit entre 36 045 € et 48 060 €				
Tranche 3	151,76 €	102,50 €	119,72 €	87,28 €
Revenus supérieurs à 100 % et inférieurs ou égals à 150% du PASS*, soit entre 48 060 € et 72 090 €				
Tranche 4	192,21 €	110,11 €	146,16 €	91,69 €
Revenus supérieurs à 150 % du PASS* soit > 72 090 €				

*PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

NB : À la liquidation de vos droits à la retraite vous recevrez via B2V une proposition d'adhésion au RAMA (régime des allocataires dans le prolongement du RPP des salariés) et notre contrat frais de santé intervient en complément.

Notre cotisation est calculée par tranche en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale selon les revenus annuels bruts de la retraite de base et des régimes complémentaires de l'adhérent principal.

Exemple : si les revenus ≤ 36 045 €, nous appliquons la tranche 1, dont la cotisation s'élève à 48,86 €/mois pour l'assuré et 23,63 €/mois pour le conjoint.

A cela s'ajoute le RAMA (la cotisation mensuelle s'élève à 61,25 € par bénéficiaire) car notre contrat frais de santé intervient en sur-complémentaire, vous devrez donc souscrire ce régime en premier niveau avec le choix de formule 2 Bis.

Nous prenons soin aussi de votre budget

1. Les cotisations sont lissées sur toute la durée du contrat

Elles ne varient donc pas en fonction de votre âge*, votre état de santé ou vos consommations de soin.

Si notre contrat frais de soins de santé peut sembler plus cher au moment de la souscription, **il devient rapidement compétitif, du fait de l'absence d'évolution annuelle en fonction de votre âge* et de votre santé, contrairement à la majorité des autres contrats santé**

2. Une gestion rigoureuse et maîtrisée des cotisations

Les cotisations sont indexées sur le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS). Les taux de cotisations de Nymphéa Santé n'ont pas été augmenté depuis 2016, sur décision du Conseil d'Administration, ceci afin de protéger au mieux le pouvoir d'achat de nos assurés.

* Après votre 70e anniversaire et changement de formule RAMA en passant de la formule F2bis à la formule 1

Vos avantages à choisir **le contrat retraités**

Vous conservez votre espace adhérent BCAC existant pour vous permettre d'accéder :

- Pas de questionnaire médical à l'entrée
- Pas de délai de carence
- Cotisations non indexées sur l'âge* ou sur l'état de santé
- Une solide protection santé avec des garanties adaptées
- Une solidité financière
- Une équipe dédiée pour répondre à vos demandes
- Un fonctionnement analogue à votre contrat actuel

OFFRE 100% SANTÉ

> **Un panier de soins dit 100% santé** sans reste à charge

> Trois postes sont concernés par **une sélection de soins et d'équipements de qualité.**

DENTAIRE

Création de 3 paniers selon la localisation de la dent et le matériau de la prothèse :

> Panier 100% santé : mise en place de Plafonds Limite de Vente (PLV) appliqués aux professionnels de santé

> Tarifs maîtrisés : prix plafonnés

> Panier libre : sans plafond limite de vente

OPTIQUE ET AUDIOPROTHÈSE

Création de 2 paniers :

> Panier 100% santé : mise en place de Plafonds Limite de Vente (PLV) appliqués aux professionnels de santé

> Panier libre : sans plafond limite de vente

ACCÈS AU RÉSEAU DE PRATICIENS SANTÉCLAIR

Rendez vous chez un praticien Santéclair proche de chez vous et bénéficiez de tarifs négociés sur vos soins en consultant un professionnel de santé partenaire de ce réseau.

TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

Le tiers payant est le mécanisme par lequel votre caisse primaire d'Assurance Maladie ou votre assurance complémentaire «paie» à votre place vos dépenses de santé.

Tous les praticiens ayant un accord peuvent vous faire bénéficier de la dispense d'avance de frais





Mes services +

L'assistance

Certaines situations peuvent déstabiliser votre quotidien : immobilisation, hospitalisation, maladie grave, etc.

Contactez **Fidélia Assistance** au **0 810 107 984**
(en communiquant le code produit 415) **Joignable 24h/24, 7 jours/7**

FIDELIA ASSISTANCE

* Après votre 70e anniversaire et changement de formule RAMA en passant de la formule F2bis à la formule 1

Votre adhésion
pas de délai de carence
pas de questionnaire médical

1 Nous retourner les documents d'adhésion



- Les bulletins d'adhésion RAMA / NYMPHÉA SANTÉ
- Les mandats Sepa Nymphéa Santé et Rama accompagnés d'un RIB
- Votre attestation de droit à la Sécurité Sociale pour vous et vos ayants droit

NB : vous pouvez nous retourner l'ensemble des documents par mail à : nymphea.sante@covea.fr
ou par courrier à Nymphea Santé, TSA 50002, 72030 LE MANS CEDEX 09

2 La mise en place de votre contrat et carte de tiers payant



Vous recevrez un mail de confirmation de notre part pour valider votre adhésion et nous transmettrons en parallèle les éléments au BCAC.

Le BCAC vous adressera votre carte de tiers payant par courrier dans les jours suivant la date d'effet de votre contrat.

3 La réception de vos notifications de retraite agirc arrco et carsat



Vos notifications nous permettent de déterminer la tranche de cotisations dans laquelle vous serez positionné. Il est donc impératif de nous les transmettre dès réception, sachant que vous ne les obtiendrez que dans les 2 mois suivants votre liquidation des droits à la retraite.

Vous serez bien entendu couvert pendant cette période, même si les cotisations de NYMPHEA SANTE ne sont pas émises.

4 Prélèvement des cotisations



Le BCAC débutera les prélèvements à la date d'effet du contrat.

Concernant la cotisation du contrat Nymphéa Santé, les prélèvements débuteront dès réception de vos notifications de retraite.

Une régularisation des cotisations non prélevées entre la date d'effet du contrat et la réception des notifications sera effectuée.

5 Votre contrat est en cours



Nous sommes désormais votre interlocuteur privilégié pour toutes vos demandes liées à votre contrat, devis, factures etc.

BCAC

BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT R.A.M.A.
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES

RETRAITÉ DE L'ASSURANCE

☐ Mme ☐ M NOM DE NAISSANCE : _____ NOM MARITAL : _____

Prénom(s) : _____

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

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ N° de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse : N° ☐☐☐ Rue/Voie : _____

Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : _____

Téléphone : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Adresse mail : _____

Plateforme de santé (un seul choix possible) : ☐ Itelis ☐ Santeclair ☐ Sévéane

(Uniquement si vous ne bénéficiez pas d'un service équivalent par l'intermédiaire d'un contrat sur complémentaire)

Date de retraite : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Formule choisie : ☐ 1 ☐ 2bis ☐ 3 ☐ 5

Votre adhésion est renouvelée chaque année, par tacite reconduction.

Vous pouvez à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de votre première adhésion, résilier sans frais ni pénalités.

La résiliation prendra effet un mois après que nous aurons reçu la demande de résiliation.

☐ **J'adhère également pour les membres de ma famille ci-après désignés**

Joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie pour chaque assuré

MON CONJOINT, CONCUBIN, PARTENAIRE DE PACS

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM MARITAL : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ N° de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Date d'effet : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Formule choisie : ☐ 1 ☐ 2bis ☐ 3 ☐ 5

(La date d'effet de l'adhésion du conjoint(e), ne peut être antérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion)

MES ENFANTS À CHARGE AU SENS DE LA LÉGISLATION FISCALE

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

N° de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Formule choisie : ☐ 1 ☐ 2bis ☐ 3 ☐ 5

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

N° de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Formule choisie : ☐ 1 ☐ 2bis ☐ 3 ☐ 5

BCAC

BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT R.A.M.A.
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES

COTISATIONS

Le montant annuel de la cotisation diffère selon la formule que vous avez choisie et est indiqué sur le « tryptique RAMA » disponible sur votre espace client BCAC à l'adresse suivante : https://bcac-adherent.gestionsante.fr.

S'agissant d'un contrat responsable, le tarif comprend la TSA applicable à la cotisation santé actuellement de 13,27%.
Le montant des taxes, prélèvements et contributions est susceptible d'évoluer et d'entraîner ainsi une évolution de la cotisation TTC.

Ratio Prestations/Cotisations :
Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. Pour le RAMA, ce ratio s'établit au titre de l'exercice 2020, à 92,80%.

Ratio Frais de gestion/Cotisations et composition de ces frais de gestion :
Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. Pour le RAMA, ce ratio s'établit au titre de l'exercice 2020, à 7,20%.

Fait à _____
Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE DE L'ASSURÉ :
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

BCAC

BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT R.A.M.A.
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES

PAIEMENT DES COTISATIONS OBLIGATOIREMENT PAR PRÉLÈVEMENT MENSUEL

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (joindre un RIB)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le BCAC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du BCAC. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois suivant la date de débit de votre compte en cas de prélèvement non autorisé.

Référence unique mandat (RUM) à remplir par le BCAC, la RUM vous sera communiquée ultérieurement à l'émission du prélèvement SEPA : |_|_|_|

NYMPHÉA SANTÉ



BULLETIN D'ADHÉSION

Contrat des retraités

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance / /

Adresse N° _____ Rue (ou lieu-dit) _____

Code postal _____ Ville _____

N° de badge _____

N° de Sécurité Sociale ⌊_⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Adresse mail _____ @ _____

Téléphone ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

SITUATION FAMILIALE : ☐ Célibataire ☐ Concubin ☐ Marié(e) ☐ Pacs ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

Enfants à couvrir
remplir le tableau page suivante

DATE D'ADHÉSION / /

Je certifie que tous les renseignements indiqués sont exacts et m'engage à prévenir NYMPHÉA SANTÉ de tout changement dans ma situation familiale. Je reconnais également avoir reçu et pris connaissance des conditions générales jointes au présent bulletin d'adhésion.

Le / /
Signature de l'adhérent

IDENTIFICATION DU CONJOINT DEVANT ÊTRE COUVERT

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance / /

N° de Sécurité Sociale (sous lequel sont perçues les prestations S.S) ⌊_⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

DATE D'ADHÉSION / /

Je certifie que tous les renseignements indiqués sont exacts et m'engage à prévenir NYMPHÉA SANTÉ de tout changement dans ma situation familiale. Je reconnais également avoir reçu et pris connaissance des conditions générales jointes au présent bulletin d'adhésion.

Le / /
Signature de l'adhérent

NYMPHÉA SANTÉ

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la NYMPHÉA SANTÉ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la NYMPHÉA SANTÉ.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée :
• dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
• sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom *
Nom / Prénoms du débiteur

Votre Adresse *
Numéro et nom de la rue

* Code Postal * Ville

* Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier
NYMPHÉA SANTÉ
FR04ZZZ426156

Adresse du créancier
160 RUE HENRI CHAMPION
72030 LE MANS CEDEX 9

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Mensuel ☐ Trimestriel

Signé à *
Lieu

Le * Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s) * Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Contrat concerné
N° d'identification du contrat

Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

À retourner à : (accompagné du RIB)	NYMPHÉA SANTÉ TSA 50002 72030 LE MANS CEDEX 9	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier