



Bureau Européen de Prévoyance

Groupe BEPA

LA MEILLEURE PROTECTION SANTE POUR TOUS !

PROTECTION SANTE

2 formules, adaptées aux besoins du T.N.S. :

 **PLUS**

 **OPTIMUM**



Option Plus : Police n° 51 448
Option Optimum : Police n° 51 041
Régime T.N.S. 2009

SOMMAIRE

I.	La meilleure Protection Santé pour tous.....	3
II.	Les options « PLUS » et OPTIMUM » de Protection Santé.....	4
III.	Protection Santé – Exemples de remboursement.....	5
IV.	La tarification de Protection Santé	5
V.	Les services offerts.....	6
VI.	Les garanties et la vie du contrat Protection Santé.....	7
	1. Formalités d'adhésion	8. Règlement des cotisations
	2. Date d'effet et durée de l'adhésion	9. Révision des cotisations
	3. Période d'attente	10. Paiement des prestations
	4. Options	11. Tiers-Payant
	5. Bénéficiaires	12. Risques exclus
	6. Garanties	13. La garantie Assistance
	7. Mesures législatives	14. Résiliations



SIMPLICITE	AUCUN QUESTIONNAIRE MEDICAL, LA TELETRANSMISSION, DES COTISATIONS ADAPTEES à vos besoins, DES PROCEDURES SIMPLIFIEES pour faciliter les démarches des assurés.
ECONOMIE	TRES PEU DE LIMITES, PAS DE PIEGE, DES FRAIS DE GESTION PARMIS LES PLUS BAS du marché, DES PRESTATIONS TOUJOURS SUPERIEURES (200% de la base de remboursement avec Protection Santé ≈ 270% ailleurs)
SECURITE	UNE GESTION PERFORMANTE (remboursement express, 1/3 payant, devis optique et dentaire préalables aux dépenses), UNE QUALITE DE SERVICE ISO 9001 (version 2000), UNE ASSISTANCE AU QUOTIDIEN , intégrée à tous les contrats,



Protection Sante = un fort niveau de protection

Toutes nos formules comprennent :

- le dépassement d'honoraires,
- la chambre particulière, le versement d'une prime de naissance, la prise en charge des cures thermales (à condition qu'elles soient acceptées par la Sécurité Sociale et d'être âgé de moins de 60 ans), ainsi que des lentilles cornéennes même en l'absence d'indemnisation de la Sécurité Sociale.,
- les actes de prévention,
- des prestations Assistance et Service à la Personne.
- les soins à l'étranger (si pris en charge par l'assurance maladie obligatoire)
- l'homéopathie.



LA MEILLEURE PROTECTION SANTE POUR TOUS



Vous allez profiter de **NOMBREUX AVANTAGES** :

- **Votre cotisation ouvre droit à une déductibilité fiscale et sociale** dans le cadre de la « loi Madelin » ; valable uniquement pour les seuls bénéficiaires déclarés sur votre carte maladie de TNS.
- **Vous pouvez ranger votre porte-monnaie !** A la pharmacie, chez l'opticien, à l'hôpital et même chez le dentiste, vous n'avez rien à avancer grâce à la procédure du **tiers payant** (il faut que vous soyez affilié à la RAM).
- **Vous accédez à toutes vos informations sur Internet** ; et à votre demande, **vous recevrez un mail à chaque remboursement effectué.**
- **Vous bénéficiez d'un tarif de gros** grâce à notre puissance d'achat auprès des grandes compagnies et mutuelles.
- **Nos prestations n'intègrent pas le remboursement du régime obligatoire ; elles viennent en complément** des remboursements de la Sécurité Sociale. Ainsi notre première formule (PLUS) à 200% équivaut à une formule d'au moins 270%.
- Vous choisissez soit une cotisation **par personne, soit par famille** (**la cotisation famille peut être déduite à 100% dans le cadre de la loi Madelin**).
- **Vos remboursements sont effectués dans les 24 heures !**



Un contrat **VRAIMENT RESPONSABLE** ; 2 actes de prévention sur 7 sont imposés par la loi. **Protection Santé prend en charge les 7.**

Nous vous remboursons en plus d'autres actes de prévention non pris en charge par la Sécurité Sociale, comme ceux réalisés par des :



- Ostéopathes,
- Diététiciens,
- Acupuncteurs,
- Chiropracteurs,
- Etiopathes,

Et pour finir, nous remboursons aussi les 18 € retenus par la Sécurité Sociale pour les actes supérieurs à 91€.

Une **GARANTIE OPTIQUE** élevée : votre remboursement peut s'élever jusqu'à 623 €. Comparez...



Déclinée en 2 formules, **PROTECTION SANTE** vous permet de choisir les garanties qui s'adaptent le mieux aux soins dont vous avez besoin :

- La formule « **PLUS** », pour vous couvrir des risques coûteux – hospitalisation, soins dentaires, optique... - avec une cotisation modérée.
- La formule « **OPTIMUM** », synonyme de sérénité absolue avec une couverture optimale des dépenses ; forte prise en charge en secteur non conventionné des dépassements d'honoraires et excellents remboursements en optique et dentaire.

En nous choisissant, vous pouvez être **SEREINS** ; votre couverture en frais médicaux sera complète et vous pouvez consacrer tout votre temps et votre énergie au développement de votre activité.



LES OPTIONS « PLUS » et « OPTIMUM »

PROTECTION SANTE PLUS

PROTECTION SANTE OPTIMUM



Toutes nos prestations sont en complément des remboursements de la Sécurité Sociale

HOSPITALISATION CHIRURGICALE OU MEDICALE

- Conventionné
- Non conventionné
- Chambre particulière
- Lit d'accompagnement
- Forfait journalier

200 % de la Base de Remboursement
non
3 % du PMSS, soit **85,77 €/jour**
2 % du PMSS, soit **57,18 €/jour**
Frais Réels

400 % de la Base de Remboursement
Idem conventionné avec max. 90% FR
3 % du PMSS, soit **85,77 €/jour**
3 % du PMSS, soit **85,77 €/jour**
Frais Réels

HONORAIRES

- Conventionné
- Non conventionné

200 % de la Base de Remboursement
Idem conventionné avec max. 75% FR

400 % de la Base de Remboursement
Idem conventionné avec max. 75% FR

AUXILIAIRES MEDICAUX ANALYSES, RADIOS, TRANSPORT DE MALADE, KINESITHERAPIE

200 % de la Base de Remboursement

400 % de la Base de Remboursement

PHARMACIE

prise en charge par le R.O.

Frais Réels

Frais Réels

ORTHOPEDIE ^{(1) (2)} PROTHESES AUDITIVES ^{(1) (2)}

10 % du PMSS, soit **285,90 €**

15 % du PMSS, soit **428,85 €**

DENTAIRE ⁽²⁾

- soins
- prothèses remboursées / non remboursées et orthodontie ⁽¹⁾
- Soins dentaires non remboursés ⁽¹⁾ (implants dentaires et parodontologie)

200 % de la Base de Remboursement
200 % de la Base de Remboursement
limité à 50 % du PMSS,
soit **1429,50 €**

400 % de la Base de Remboursement
400 % de la Base de Remboursement
limité à 100 % du PMSS,
soit **2859,00 €**

non

Forfait : **400 €**

AUTRES PROTHESES MEDICALES

200 % de la Base de Remboursement

400 % de la Base de Remboursement

OPTIQUE ^{(1) (2) (3)}

- verres, montures
- lentilles acceptées, refusées
- lentilles jetables

10 % du PMSS
soit **285,90 €**, majoration possible de
25% soit **357,67 €**
50% soit **428,85 €**

15 % du PMSS
soit **428,85 €**, majoration possible de
25% soit **536,06 €**
50% soit **643,28 €**

Opérations de la myopie

10% du PMSS par oeil

15% du PMSS par oeil

MATERNITE ⁽²⁾

(allocation de bienvenue par nouveau né)

10 % du PMSS,
soit **285,90 €** (forfait)

15 % du PMSS,
soit **428,85 €** (forfait)

PREVENTION

prise en charge par la S.S.

200 % de la Base de Remboursement

400 % de la Base de Remboursement

non prise en charge par la S.S.

- Actes (Ethiopathie, chiropractie, ostéopathie, diététiciens, acupuncteur)
- Examens (radiologie, analyses, amniocentèse)
- Vaccins prescrits (antigrippe, international) + Homéopathie

25 € (max. 75 €/an/bénéficiaire)

25 € (max. 125 €/an/bénéficiaire)

50 € /an/bénéficiaire

100 € /an/bénéficiaire

50 € /an/bénéficiaire

100 € /an/bénéficiaire

CURE THERMALE

acceptée par la S.S.

10 % du PMSS, soit **285,90 €**

15 % du PMSS, soit **428,85 €**

FRAIS D'OBSEQUES

(conjoint, assuré, enfant)

50% du PMSS soit **1429,50€** (forfait)
sauf pour les enfants < 12 ans, limitation FR

100% du PMSS soit **2859,00€** (forfait)
sauf pour les enfants < 12 ans, limitation FR

GARANTIES d'ASSISTANCE et d'AIDE A LA PERSONNE

OUI

OUI

FR : Frais réels **R.O.** : Régime Obligatoire **S.S.** : Sécurité Sociale

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif 2859,00 € au 01/01/2009)

Base de remboursement : tarif de base déterminé par la S.S et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens

(1) : Les montants indiqués ne sont valables qu'une fois par bénéficiaire et par année d'adhésion en cours, et dans la limite des FR.

(2) : Délais d'attente de 10 mois après la date d'effet d'adhésion, sauf si l'adhérent justifie de garanties antérieures (cf paragraphe 3 des conditions générales).

(3) : Si vous ne consommez pas de prestation optique, vous bénéficiez l'année suivante de 25% supplémentaire. Vous qui changez tous les 3 ans, vous pouvez bénéficier d'une majoration de 50% maximum. Voir détail dans conditions générales.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	Dépense engagée	Base de remb. de votre régime	Remb. De votre régime	Remboursements			
				PLUS		OPTIMUM	
				Remboursement	Reste à votre charge	Remboursement	Reste à votre charge
Hospitalisation							
Forfait journalier	16,00€	16,00€	-	16,00€	0,00€	16,00€	0,00€
Séjour	2 000,00€	2 000,00€	1 800,00€	200,00€	0,00€	200,00€	0,00€
Honoraires	1 200,00€	300,00€	240,00€	600,00€	360,00€	960,00€	0,00€
Chambre part.	75,00€	0,00€	0,00€	75,00€	0,00€	75,00€	0,00€
Consultation							
Généraliste	45,00€	22,00€	14,40€	29,60€	1,00€*	29,60€	1,00€*
Spécialiste	80,00€	23,00€	15,10€*	46,00€	18,90€*	64,90€	1,00€*
Analyse de sang	35,00€	35,00€	20,00€*	14,00€	1,00€*	14,00€	1,00€*
Pharmacie							
Vignette blanche	15,00€	15,00€	9,75€	5,25€	0,00€	5,25€	0,00€
Vignette bleue	15,00€	15,00€	5,25€	9,75€	0,00€	9,75€	0,00€
Vignette orange	15,00€	15,00€	2,25€	12,75€	0,00€	12,75€	0,00€
Dentaire							
Soins	36,00€	36,00€	25,20€	10,80€	0,00€	10,80€	0,00€
Prothèse rbsée	500,00€	107,50€	75,25€	215,00€	209,75€	424,75€	0,00€
Implant avec prime fidélité	800,00€	0,00€	0,00€	0,00€	800,00€	400,00€	400,00€
Optique							
Lunettes	430,00€	10,16€	6,60€	285,90€	137,50€	423,40€	0,00€
Lunettes avec prime fidélité	700,00€	10,16€	6,60€	428,85€	264,55€	643,28€	50,12€
Maternité (prime naissance)				285,90€		428,85€	

* : y compris 1€ au titre de la contribution forfaitaire prélevée par la Sécurité Sociale et restant à charge de l'assuré quelque soit la garantie du contrat.

Remarques : Exemples de remboursements à titre indicatif, sans engagement contractuel.

VOTRE COTISATION

Protection Santé		
Cotisation mensuelle pour 2009		
	PLUS	OPTIMUM
Par personne	84,74 €	105,98 €
Par famille	179,37 €	211,97 €

FRAIS DE DOSSIER : 25,00 € lors de la souscription uniquement, comprenant la carte Tiers Payant.

PROTECTION SANTE VOUS REND LA VIE PLUS FACILE



LE REMBOURSEMENT "EXPRESS"

Le délai moyen de remboursement BEP est aujourd'hui de 24H à réception des dossiers, grâce à la télétransmission instaurée entre le BEP et les caisses d'assurance maladie.

Vous n'avez plus d'envoi à faire pour bénéficier des remboursements de la Sécurité Sociale et de ceux du BEP ; un gain de temps et de formalités très appréciable.

LES TIERS-PAYANT BEP : PAS D'AVANCE D'ARGENT

Les dépenses liées à une hospitalisation et aux frais pharmaceutiques sont souvent difficiles à intégrer dans un budget.

La carte santé BEP, remise gratuitement, permet de bénéficier d'une avance de remboursements :

- dans les établissements hospitaliers conventionnés,
- dans les pharmacies,
- chez les radiologues, laboratoires d'analyses médicales, les dentistes, les opticiens, ...



LE SERVICE TRANSPARENCE « OPTIQUE ET DENTAIRE »

Vous pouvez engager une dépense en toute connaissance de cause.

En nous envoyant un devis, nous délivrons en retour la prise en charge de Protection santé aux opticiens et dentistes agréés.

ATTENTION : les frais relatifs à des **actes chirurgicaux**, les frais de **prothèses dentaire**, **d'optique** et de **cure thermale** traités par la procédure NOEMIE ne font l'objet d'un remboursement qu'après réception de la **facture** correspondante, réclamée par notre Service Prestation.

LES SERVICES EN LIGNE (TELEPHONE ET INTERNET)

Vous avez accès aux renseignements concernant vos garanties et vos remboursements sur simple appel téléphonique au numéro suivant : 03 87 31 81 00 ou encore sur notre site www.bep-bea.com

Vous pouvez recevoir vos décomptes de remboursements de frais médicaux par mail, en temps réel. Gratuit, écologique, rapide et efficace, ceci est une exclusivité du BEP.

ASSISTANCE ETENDUE

Santé et accidents de la vie :

- Infos Médicales **du lundi au samedi du 8h30 à 17h30 et en cas d'urgence 24h/24 et 7j/7.**
- Aide et conseil dans la recherche d'un médecin, en l'absence du médecin traitant.
- Acheminements des médicaments.

En cas d'accident ou de maladie :



- Au domicile : envoi d'une infirmière, services d'aides à domicile,
- Lors d'un déplacement : transfert médical, déplacement et hébergement d'un proche en cas d'hospitalisation,
- En cas d'hospitalisation : aide ménagère, garde ou transfert des enfants ou des personnes dépendantes.
- Enseignement à domicile pour enfants malades.



Décès de l'adhérent :

Prise en charge et financement du traitement post mortem, du cercueil pour permettre le transport, du rapatriement du corps, de l'aide dans l'organisation des obsèques, de l'assistance des proches, avec la garde des enfants et l'aide familiale à domicile pour le conjoint.

Service d'informations téléphoniques destiné à :

- trouver, en concertation avec l'assuré, la solution la mieux adaptée à sa situation et à son besoin, (contexte lié à l'état de santé),
- répondre à toute question d'ordre règlementaire ou du domaine de la vie pratique.



LES GARANTIES ET LA VIE DU CONTRAT

NOTE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GENERALES



PREAMBULE

Le présent contrat est réservé aux Travailleurs Non Salariés et Gérants Majoritaires.

L'adhésion au présent contrat implique automatiquement l'affiliation du titulaire du contrat et de ses ayants droits couverts par un régime de Travailleurs Non Salariés, à l'A.P.S.M.I., association permettant de bénéficier des avantages prévus par la Loi MADELIN.

1 – FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion est subordonnée à la réception :

- d'un bulletin d'adhésion dûment complété et signé,
- de l'autorisation de prélèvement accompagné d'un RIB,
- d'une photocopie de l'attestation des droits du régime de base (MUCIM, RAM GAMEX etc...),
- d'un certificat de scolarité ou carte d'étudiant ou contrat d'apprentissage pour les enfants à charge,
- d'une attestation de vie maritale ou d'un contrat PACS, en cas de vie commune,
- d'un certificat de radiation de votre ancienne Mutuelle / Compagnie d'assurance de moins de 2 mois et d'une copie de la notice des garanties pour éviter les délais d'attente (cf § 3 ci-après)

2 – DATE D'EFFET ET DUREE D'ADHESION

L'adhésion est effective dès la date d'effet indiquée sur le bulletin individuel d'adhésion, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Seuls les frais de santé, dont la date de soins est postérieure à la date d'effet, seront pris en charge.

Cette adhésion est annuelle. Elle se renouvellera automatiquement par tacite reconduction chaque année.

3 – PERIODE D'ATTENTE

Les frais de santé, dont la date de soins est postérieure à la date d'effet, seront pris en charge sans délai à l'exception des frais « optique, soins dentaires, prothèse dentaire et traitement orthodontique, maternité ». Ceux-ci ne seront pris

en charge que 10 mois après la date d'effet de l'adhésion et sous réserve qu'ils soient postérieurs à l'expiration de ce délai de 10 mois.

Toutefois, les frais « optique, soins dentaires, prothèse dentaire et traitement orthodontique, maternité » dont la date de soins est postérieure à la date d'effet, seront pris en charge sans délai si l'adhérent justifie de garanties antérieures (délai d'interruption maximal de 2 mois).

Le certificat de radiation et la notice des garanties de l'organisme antérieur sont à fournir si le BEP n'était pas l'organisme de remboursement.

La prestation ne pourra excéder celle prévue au précédent contrat et ce pendant une période de 10 mois.

4 – OPTIONS

Choix de l'option :

L'adhérent a le choix entre 2 niveaux de garanties, à savoir :

- PLUS,
- OPTIMUM.

Toutefois, l'option choisie par l'adhérent s'applique à tous les bénéficiaires.

Changement d'option :

L'adhérent ne peut demander le changement de son option vers un régime inférieur ou supérieur en garanties qu'au 1^{er} janvier de chaque année.

En cas de changement d'option vers un régime supérieur en garanties, les prestations « maternité, optique, soins dentaires, prothèse dentaire et traitement orthodontique » seront calquées sur celles de l'ancien régime de remboursement et ce pendant une période de 10 mois.

5 – BENEFICIAIRES

Par bénéficiaires, il faut entendre :

- l'adhérent,
- son conjoint non divorcé ou non séparé juridiquement,
- son concubin reconnu à sa charge par la Sécurité Sociale ou sur présentation d'un certificat de vie maritale ou d'un contrat PACS,

- ses enfants reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens de l'Article L 313/3 du code de la Sécurité Sociale,
- ses enfants qui justifient de la poursuite de leurs études à temps plein et sont affiliés, à ce titre, au régime de la Sécurité Sociale des étudiants, et au plus tard jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire. Les enfants qui suivent un stage rémunéré d'apprentis ou qui sont en recherche d'un premier emploi, sont assimilés à des étudiants,
- ses enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'Article L313/3 du Code de la Sécurité Sociale.
- la franchise applicable aux dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins.

8 – REGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont indiquées sur les tableaux ci-dessus.

Les cotisations sont dues pour le mois entier quelque soit la date d'effet de l'adhésion et sont dues d'avance

L'encaissement des cotisations se fait obligatoirement d'avance, par prélèvement mensuel vers le 20 de chaque mois sur le compte bancaire de l'adhérent. Pour cela, l'autorisation de prélèvement est à retourner complétée et signée accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire.

6 – GARANTIES

Les garanties sont souscrites auprès de la S.M.I., (Société Mutuelle Interprofessionnelle). Elles sont reprises dans les tableaux ci-avant, conformément aux 2 niveaux de garanties PLUS et OPTIMUM, avec une distinction pour les souscripteurs âgés de moins et de plus de 60 ans.

La majoration des montants exprimés en euro prévue au poste Optique s'applique à concurrence de :

- 25% en cas de non utilisation du forfait l'année précédente,
- 50% en cas de non utilisation du forfait les deux, ou plusieurs années successives, précédentes.

Les délais sont calculés à partir de la date d'effet de la garantie ou de la dernière utilisation.

Le forfait optique et le remboursement des opérations de la myopie ne sont pas cumulables au cours d'une même année.

Le forfait maternité est réglé en remboursement des dépenses occasionnées par la grossesse et l'accouchement sous réserve de l'adhésion au contrat de la mère. En cas de complications, les frais restant à charge sont pris en compte au titre du poste « chirurgie ».

7 – MESURES LEGISLATIVES

La contribution d'un euro :

La contribution forfaitaire d'1 euro prélevée par la Sécurité Sociale n'est pas prise en charge.

Parcours de soins :

En respect des mesures législatives et gouvernementales relatives à la réforme de l'Assurance Maladie, -loi du 13 août 2004 et des décrets d'application-, les remboursements sont conditionnés par le respect du parcours de soins.

Ainsi, ne seront pas pris en charge :

- la diminution du remboursement de la Sécurité Sociale en cas de non respect du parcours de soins,

9 – REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de la moyenne arithmétique des trois derniers exercices des taux d'évolution annuels de la « Consommation Médicale Totale », publiés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

Par ailleurs, S.M.I. se réserve le droit de réviser le tarif dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

10 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations est effectué par virement bancaire, dès réception soit :

- de l'original des décomptes de la Sécurité Sociale,
- des informations provenant des Caisses Primaires d'Assurance Maladie par liaison informatique,

et sous réserve que les sommes dues atteignent 25,00 Euros.

Pour plus de détails, nous vous prions de bien vouloir vous reporter à la note « NOEMIE » ci-après.

Documents éventuels à fournir :

- les notes d'honoraires,
- les quittances d'établissements (hôpital, maison de repos),
- les factures de soins : orthopédie, prothèse auditive, optique, dentaire,
- l'acte de naissance pour le règlement du forfait maternité,
- l'attestation de cure thermale,
- un bulletin de décès et la facture acquittée des funérailles pour le règlement de l'allocation obsèques.

11 – TIERS-PAYANT

Tiers -payant Hospitalisation

Il est assuré avec l'ensemble des hôpitaux et cliniques du territoire français. Vous n'avez rien à régler, en dehors des dépenses personnelles. Sur simple appel de votre part ou demande sur notre site (espace particulier), une prise en charge vous sera délivrée ou transmise à l'établissement médical.

Tiers -payant autres

Vous bénéficiez du Système Tiers Payant vous évitant de faire l'avance du ticket modérateur auprès de certains prestataires de santé tels que pharmaciens (santé pharma), laboratoires, dentistes, opticiens qui ont accepté ce mode de paiement.

A cet égard, une carte Tiers payant vous est délivrée annuellement (après réception de votre attestation Sécurité Sociale).

12 – RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les dépenses de santé résultant (à moins qu'elles ne soient prises en charge par la Sécurité sociale) :

- du fait intentionnel de l'assuré,
- d'une cause non liée directement par une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse,
- de séjours en maisons de retraite, services de gériatrie et de gérontologie,
- du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en Etablissement et/ou services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques,
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

D'une façon générale, tous les frais qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale ne font pas l'objet d'un remboursement.

13 – LA GARANTIE ASSISTANCE ET SERVICES A LA PERSONNE

Le Bureau Européen de Prévoyance a adhéré au contrat GARANTIE ASSISTANCE souscrit entre l'Association AMEP et RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE pour faire bénéficier aux adhérents du contrat PROTECTION SANTE et à ses ayants droits, un service d'information et d'orientation téléphonique ainsi qu'une assistance.

Le service information & orientation

Un service d'information et d'orientation médicale, sociale et juridique avec une réponse apportée par une équipe d'experts... qui analysera la situation, accompagnera et aidera l'adhérent lors de tout aléa de santé. Des experts pourront également répondre à toute question de droit privé, public, social ou encore concernant le droit de la consommation.

L'assistance

Un service d'assistance de tous les jours accessible 7j/7, 24 heures sur 24 en cas d'urgence, d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile et de décès.

Règles à observer impérativement

- joindre sans attendre RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE

☎ 0 810 20 31 86

En rappelant le n° 204 LA 0001.

- obtenir l'accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- se conformer aux solutions préconisées par RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE,
- fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Toute dépense engagée sans accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

Une notice d'information, faisant partie intégrante du contrat, vous est remise.

14 – RESILIATION

L'adhésion peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée, 2 mois avant le 31 décembre de chaque année.

Par dérogation, l'assuré peut mettre fin à son adhésion, si, en raison de sa situation professionnelle, il devait adhérer et cotiser à un régime obligatoire au sein d'une entreprise.

La dénonciation ne sera prise en compte que si elle est faite par lettre recommandée, accompagnée d'une pièce justificative attestant de son caractère obligatoire.

La résiliation sera alors effective à la fin du mois de la date de réception de la lettre recommandée et les cotisations restent dues pour le mois en cours.

Le Bureau Européen de Prévoyance vous remercie de votre confiance



SERVICE GESTION

☎ 03 87 31 81 30

est à votre écoute pour toute question relative à la souscription

SERVICE PRESTATIONS SANTE

☎ 03 87 31 81 00

 assurance@bep-bea.com

est à votre écoute pour toute question relative à vos remboursements

RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE

☎ 0 810 20 31 86

est à votre disposition pour les Prestations Assistance et le Service à la Personne



SARL au capital de 376 200 €
149, route de Thionville - BP 62019 - 57054 METZ CEDEX 2
Code APE 672 Z - RCS Metz 379 227 929 - N° ORIAS : 07 000 729

Iso 9001 Version 2000

Garantie Financière et Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle
Conforme aux articles L. 530-1 et L. 530-2 du Code des Assurances



Sous le contrôle de l'ACAM, Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75 009 PARIS

