

Date d'effet demandée : 12-06-2013

SOUSCRIPTEUR

Mme Mle Mr : n° de Sécurité Sociale : 1 92 0791 2283 1018
 NOM : REVELLAT Prénom : FLAVIEN
 Adresse : 129 Boulevard Pasteur
 Code Postal : 94360 Ville : BRY-SUR-MARNE
 Téléphone : 06 607 06 607 Situation de famille : Célibataire

	<u>Souscripteur</u>	<u>Conjoint</u>	<u>1er enfant</u>	<u>2ème enfant</u>	<u>3ème enfant</u>	<u>4ème enfant</u>
Nom	<u>REVELLAT</u>	.....	.....	.....	.....	.....
Prénom	<u>Flavien</u>	.....	.....	.....	.....	.....
Date de Naissance	<u>15.07.92</u>	.....	.....	.....	.....	.....
Sexe (H ou F)	<u>H</u>	.....	.....	.....	.....	.....
Votre choix ↓ (cochez l'option choisie)	↓ option	↓ option	↓ option	↓ option	↓ option	↓ option
	ECO <input type="checkbox"/>	ECO <input type="checkbox"/>	ECO <input type="checkbox"/>	ECO <input type="checkbox"/>	ECO <input type="checkbox"/>	ECO <input type="checkbox"/>
	ECO+ <input type="checkbox"/>	ECO+ <input type="checkbox"/>	ECO+ <input type="checkbox"/>	ECO+ <input type="checkbox"/>	ECO+ <input type="checkbox"/>	ECO+ <input type="checkbox"/>
	TOP <input type="checkbox"/>	TOP <input type="checkbox"/>	TOP <input type="checkbox"/>	TOP <input type="checkbox"/>	TOP <input type="checkbox"/>	TOP <input type="checkbox"/>
	TOP+ <input checked="" type="checkbox"/>	TOP+ <input type="checkbox"/>	TOP+ <input type="checkbox"/>	TOP+ <input type="checkbox"/>	TOP+ <input type="checkbox"/>	TOP+ <input type="checkbox"/>
Cotisations mensuelles	<u>80,13 €</u>	€	€	€	€	€
Tiers payant Pharmacie Santé Pharma	oui <input checked="" type="checkbox"/>	droits d'entrée Santé Pharma : 20 Euros, par chèque à l'ordre de GEREP En adhérant à Santé Pharma, je m'engage : - à adhérer au contrat pour une période d'un an minimum, à compter de la date d'adhésion ci-dessus indiquée. - à restituer la pochette Santé Pharma, en cas de résiliation de mon contrat.				
	non <input type="checkbox"/>	 signature				

Je joins à ma demande (préalablement complétée et signée) :

- mon autorisation de prélèvement dûment complétée et signée,
- un R.I.B. ou un R.I.P. (relevé d'identité bancaire ou postal)
- la copie de l'attestation d'assurance maladie de chacun des membres adhérents de ma famille.
- une copie de ma pièce d'identité en cours de validité (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur ce bulletin d'adhésion, je joins un justificatif de domicile de moins de trois mois)
- un chèque de 20 Euros correspondant à l'adhésion Santé-Pharma.

ECHEANCE PRINCIPALE
Le 1er janvier
(tout mois entamé est dû)

Je choisis de régler ma cotisation * :

par prélèvement mensuel par ~~prélèvement trimestriel~~ par ~~chèque trimestriel~~

A réception du dossier complet, un appel de cotisation unique jusqu'au 31 décembre vous parviendra, précisant les montants prélevés mensuellement ou trimestriellement.

Je soussigné déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information et demande à adhérer à l'association UGIPS et au contrat groupe n° 800806 qu'elle a souscrit auprès d'AXA France Vie, Je déclare avoir pris connaissance des informations figurant au verso de ce document.

A Bry sur Marne Le 26/06/13 lu et approuvé

Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé".

assuré social REVELLAT PHILIPPE

n° de Sécurité Sociale 1 60 12 78 471 352 14

Pour tout contact ☎ 3646
(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

L ASSURANCE MALADIE DU VAL DE MARNE
94031 CRETEIL CEDEX

M REVELLAT PHILIPPE
129 BD PASTEUR
94360 BRY SUR MARNE

A l'attention de FLAVIEN REVELLAT

Monsieur,

Vous trouverez ci-dessous une attestation pour vous permettre de justifier de vos droits auprès des professionnels de santé, des établissements de soins et des institutions.

Cette attestation mentionne votre déclaration éventuelle d'un médecin traitant. Le choix du médecin traitant et le respect du parcours de soins vous permettent d'être mieux suivi et remboursé.

Pensez à avoir toujours votre carte Vitale sur vous et à la présenter aux professionnels que vous consultez pour être remboursé sous cinq jours. Un autre réflexe important : informez votre caisse et mettez à jour votre carte Vitale lorsque votre situation change : déménagement, mariage, naissance, divorce, nouveau compte bancaire, installation à l'étranger...

Vous pouvez désormais télécharger votre attestation en ligne, pour cela, ouvrez votre compte sur www.ameli.fr.

Je vous prie d'agréer, monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

VOTRE CAISSE DE L'ASSURANCE MALADIE



Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 02/04/2013 au 01/10/2013 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré	modulation du ticket modérateur
01 941 3771	10	1 60 12 78 471 352 14	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire	né(e) le/rang
REVELLAT FLAVIEN a déclaré un médecin traitant		1 92 07 91 228 310 12	15/07/1992 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

assuré social REVELLAT PHILIPPE
 n° de Sécurité Sociale 1 60 12 78 471 352 14

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 02/04/2013 au 01/10/2013 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré	modulation du ticket modérateur
01 941 3771	10	1 60 12 78 471 352 14	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire	né(e) le/rang
REVELLAT PHILIPPE a déclaré un médecin traitant		1 60 12 78 471 352 14	28/12/1960 1
REVELLAT FLAVIEN a déclaré un médecin traitant		1 92 07 91 228 310 12	15/07/1992 1
REVELLAT AXEL a déclaré un médecin traitant		1 95 05 91 228 339 95	23/05/1995 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.