

# POUR REMPLIR ET TRANSMETTRE VOTRE BULLETIN D'ADHESION CSMR

**MUTIEG R ASSO**

Organisme gestionnaire  
Association Loi 1901 SIRET N°524 019 197 00010  
37, rue de Châteaudun 75009 Paris

**PREVERE**

Intermédiaire d'assurance  
Société immatriculée à l'ORIAS sous le N°07004210  
55, avenue René Cassin CS 80206 69336 Lyon Cedex 09



**MUTUELLE DE FRANCE  
PRÉVOYANCE**

L'ÉCHANGE, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ

Assureur – RNM N°383143617  
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
Site d'activités Les Paluds II, Pôle Performance  
447, avenue de Jouques BP 1401 13785 Aubagne Cedex

**MUTIEG R ASSO vous remercie de votre confiance.**

**Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, nous vous prions de remplir soigneusement votre bulletin d'adhésion au verso et de joindre toutes les pièces justificatives demandées :**

- Le bulletin d'adhésion au verso : renseignez toutes les rubriques à l'exception des parties sur fond de couleur rose réservées à la mutuelle.
- Votre dernier avis d'imposition.
- L'autorisation de prélèvement toujours accompagnée d'un RIB.

*Le cas échéant copie de la carte d'invalidité pour un ayant droit dont le taux de handicap est au moins égal à 80 % :*

*Taux de handicap attribué par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH, ex-COTOREP).*

*Cela conditionne la majoration des prestations soins courants.*

**Si vous refusez la télétransmission de vos décomptes de la CAMIEG à MUTIEG, vous devez le préciser par courrier joint.**

## **DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION**

**La date d'effet de l'adhésion est le 1<sup>er</sup> jour du mois en cours, si le dossier complet parvient à MUTIEG R ASSO avant le 10 du mois considéré ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.**

## **PRÉLÈVEMENTS DES COTISATIONS**

**Les prélèvements automatiques mensuels auront lieu le 10 du mois.**

**Attention, tout dossier incomplet retarde l'adhésion !**

## **Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989**

Art.9 – Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

## **Décret n° 90-769 du 30 août 1990**

Art.2 – Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

## **Loi Informatique et Libertés**

Art.34 – Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.

Pour l'exercer, adressez-vous à MUTIEG R ASSO par courrier ou par Internet à [infos@mutieg.fr](mailto:infos@mutieg.fr) ou à MFP par courrier ou par Internet à [mfp.csmr@france-prevoyance.fr](mailto:mfp.csmr@france-prevoyance.fr)

# AIDE AU CALCUL DE VOTRE COTISATION CSMR

(se reporter aux explications p7-8)

## 1<sup>ÈRE</sup> ÉTAPE : Votre formule d'adhésion

	FORMULE À CHOISIR	COTISATION MENSUELLE AVANT ABONDEMENT DE LA CCAS
Vous souhaitez adhérer seul	ISOLE	37,8 €
Vous souhaitez adhérer pour vous et d'autres ayants-droit CAMIEG (conjoint et/ou enfants à charge)	FAMILLE	70,2 €

## 2<sup>ÈME</sup> ÉTAPE : Estimation de votre coefficient social

SUR VOTRE DERNIER AVIS D'IMPOSITION	
Votre revenu fiscal de référence (1) :	€
Votre nombre de parts (2) :	
Résultat de la division (1)/(2) = Votre coefficient social	€

QUEL EST VOTRE COEFFICIENT SOCIAL ?	VOUS ÊTES EN :
Moins de 8 650 €	Tranche 1
De 8 651 € à 17 500 €	Tranche 2
De 17 501 € à 25 000 €	Tranche 3
Plus de 25 000 €	Tranche 4

## 3<sup>ÈME</sup> ÉTAPE : Votre détention de contrats Dépendance et/ou Obsèques

### ● VOUS ADHÉREZ SEUL : FORMULE ISOLE

- Vous avez une assurance Dépendance ?  OUI  NON  
 Vous avez un contrat Obsèques (AG2R et/ou CNP) ?  OUI  NON

### ● VOUS ADHÉREZ POUR VOUS ET VOS AYANTS-DROIT CAMIEG : FORMULE FAMILLE

- Vous ou votre conjoint avez-vous une assurance Dépendance ?  OUI  NON  
 Vous ou votre conjoint avez-vous un contrat Obsèques (AG2R et/ou CNP) ?  OUI  NON

### ● SELON LA FORMULE CHOISIE

- Si vous avez répondu NON aux 2 questions, vous bénéficiez de la réduction : **Aucun autre contrat**  
 Si vous avez répondu OUI à l'une des 2 questions, vous bénéficiez de la réduction : **1 contrat**  
 Si vous avez répondu OUI aux 2 questions, vous bénéficiez de la réduction : **2 contrats différents**

VOTRE TRANCHE DE COEFFICIENT SOCIAL	VOTRE RÉDUCTION	FORMULE ISOLE		FORMULE FAMILLE	
		MONTANT MENSUEL DE L'ABONDEMENT DE LA CCAS	VOTRE COTISATION MENSUELLE APRÈS ABONDEMENT	MONTANT MENSUEL DE L'ABONDEMENT DE LA CCAS	VOTRE COTISATION MENSUELLE APRÈS ABONDEMENT
Tranche 1	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	37,80 €	0,00 € (cotisation prise en charge par la CCAS)	70,20 €	0,00 € (cotisation prise en charge par la CCAS)
Tranche 2	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	18,90 €	18,90 €	33,10 €	37,10 €
		20,00 €	17,80 €	34,90 €	35,30 €
		21,10 €	16,70 €	36,80 €	33,40 €
Tranche 3	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	15,10 €	22,70 €	26,50 €	43,70 €
		16,00 €	21,80 €	27,90 €	42,30 €
		16,80 €	21,00 €	29,40 €	40,80 €
Tranche 4	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	10,60 €	27,20 €	18,50 €	51,70 €
		11,20 €	26,60 €	19,60 €	50,60 €
		11,70 €	26,10 €	20,60 €	49,60 €

Indiquez ici votre cotisation CSMR mensuelle après abondement à reporter sur votre bulletin d'adhésion €

## 4<sup>ÈME</sup> ÉTAPE : Votre réduction IDCP

### ● Vous pouvez bénéficier d'une réduction IDCP complémentaire si :

- vous avez un contrat IDCP avec des garanties Toutes Causes (ex IDCP M) en cours
- vous avez un contrat IDCP (quel qu'il soit) en cours et êtes né en 1943 et après

### ● Vous adhérez seul : Formule ISOLE

Seule votre réduction IDCP se déduit de votre cotisation CSMR.

### ● Vous adhérez en Formule FAMILLE et votre conjoint est assuré CSMR

La réduction IDCP éventuelle de votre conjoint peut se déduire de votre cotisation CSMR et se cumuler avec la vôtre.

ANCIENNETÉ IDCP PROJÉTÉE À VOTRE 65 <sup>ÈME</sup> ANNIVERSAIRE	RÉDUCTION MENSUELLE DE VOTRE COTISATION
15 ans et moins	0 €
De 16 à 25 ans	2 €
De 26 à 35 ans	4 €
Plus de 35 ans	6 €

	Vous
Année de naissance (3)	
Année d'adhésion à IDCP (4)	
Ancienneté IDCP à 65 ans : (3)+65-(4)	
Réduction IDCP	- . €

	VOTRE CONJOINT
Année de naissance (3)	
Année d'adhésion à IDCP (4)	
Ancienneté IDCP à 65 ans : (3)+65-(4)	
Réduction IDCP	- . €

VOTRE COTISATION CSMR MENSUELLE FINALE À REPORTER SUR VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION = €

