



REJOIGNEZ VOS COLLEGUES HOSPITALIERS

*au sein de la mutuelle professionnelle qui défend le
statut de la Fonction Publique Hospitalière !*



UNE VRAIE MUTUELLE, la MFH ne fait pas de profit sur votre santé.

La MFH DEFEND VOTRE POUVOIR D'ACHAT. Elle est la moins chère de France (à prestations égales) car elle défend l'application de l'article 44 du statut de la fonction publique hospitalière: **LA GRATUITE DES SOINS.**

DEMOCRATIQUE, la MFH est gérée par un conseil d'administration composé de fonctionnaires hospitaliers issus de toutes les catégories professionnelles. Si vous aussi, vous souhaitez militer au sein de votre mutuelle, n'hésitez pas à nous envoyer votre candidature.

Adhérez à une mutuelle professionnelle !

- ♥ Pour des aides à la santé versées en complément de celles du CGOS
- ♥ Pour le maintien de votre salaire en cas de maladie, sans paiement d'option
- ♥ Pour des cotisations attractives

Adhérez à une mutuelle efficace !

- ♥ Pour des remboursements sous 3 jours
- ♥ Pour un décompte unique Sécurité Sociale + Mutuelle
- ♥ Pour le tiers payant généralisé

Adhérez à une mutuelle proche de vous !

- ♥ Pour une participation à un service d'aide à domicile
- ♥ Pour un suivi personnalisé de votre contrat
- ♥ Pour des accueils et des relais de proximité

Adhérez à une mutuelle solidaire à but non lucratif !

- ♥ Pour des prestations santé haut de gamme
- ♥ Pour les cotisations hospitalières les moins chères
- ♥ Pour des cotisations offertes à chaque parrainage

SANS OPTION!

Parce que personne ne choisit d'être plus ou moins malade, depuis sa création en 1994, la MFH propose à toutes et tous ses adhérent-es ainsi qu'à leur famille, des prestations élevées, une allocation compensatrice pour maintien de salaire, des services d'assistance ainsi que de nombreux avantages compris dans la cotisation, sans option !



Mutuelle de France des Hospitaliers
MFH - CHU GRENOBLE
CS 10217
38043 GRENOBLE Cedex 9
tel. 04 76 15 27 80 / fax 04 76 15 27 79
contact@m-f-h.fr



CONTENU DU DOSSIER D'ADHÉSION

*Nos cotisations
ne vous rendront pas malade !*



- ♥ Bulletin d'adhésion (3 pages)
- ♥ Liste des pièces à transmettre avec votre bulletin d'adhésion
- ♥ Service d'aide aux formalités administratives
- ♥ Mandat de prélèvement SEPA
- ♥ Autorisation de précompte sur salaire
- ♥ Lettre de radiation

Dossier à nous retourner au plus tard le 15 du mois M pour une adhésion au 1er du mois M.

Parrainage

Un mois de cotisation* offert pour vous et votre marraine/parrain !

Nom et prénom de votre marraine/parrain :

**concerne seulement la cotisation de l'adhérent principal, ne peut s'appliquer à une dissociation de contrat (bénéficiaire déjà connu), ou à un ancien adhérent*

Mutuelle de France des Hospitaliers
MFH - CHU GRENOBLE
CS 10217
38043 GRENOBLE Cedex 9
tel. 04 76 15 27 80 / fax 04 76 15 27 79
contact@m-f-h.fr



BULLETIN D'ADHÉSION

A retourner accompagné des pièces justificatives à
MFH - CHU Grenoble
CS 10217
38043 Grenoble Cedex 9



Cadre réservé à l'administration
N° de devis : _____

☐ Je souhaite adhérer à la MFH

Nom de votre actuelle complémentaire santé* : _____

Date souhaitée d'adhésion à la MFH: 01/ _____ / _____

Je suis agent-e hospitalier : OUI / NON*

Nom de naissance* : _____

Nom d'usage* : _____

Prénom* : _____

Date de naissance* : _____ / _____ / _____

N° de sécurité sociale* : _____

Régime général* ☐ Autre* ☐ (à préciser) : _____

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Employeur* : _____

Profession : _____ Matricule paie* : _____

Si vous êtes agent-e du CHU de Grenoble ou du CHAI de St Egrève

Service : _____

Pavillon : _____ Etage : _____

Tel. / N° de poste : _____

☐ Je souhaite recevoir la lettre d'information électronique de la MFH



BULLETIN D'ADHÉSION

A retourner accompagné des pièces justificatives à
MFH - CHU Grenoble
CS 10217
38043 Grenoble Cedex 9



☐ Je souhaite couvrir mon/ma conjoint-e

Nom de naissance*:

Nom d'usage*:

Prénom(s)*:

Date de naissance*: / /

N° de sécurité sociale*:

Agent-e hospitalier*: OUI / NON

Régime général* ☐ Autre*☐ (à préciser) :

☐ Je souhaite couvrir mon/mes enfant-s

Nom et Prénom(s)*:

Date de naissance*:

..... / /
..... / /
..... / /
..... / /

☐ Pour vos remboursements et ceux de vos ayants droits, afin de vous éviter une démarche administrative supplémentaire, nous utiliserons les échanges par télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie. Dans le cas où vous souhaitez vous y opposer (autre mutuelle ou choix personnel), vous devrez alors attendre la réception du décompte de votre caisse de sécurité sociale et nous l'envoyer ensuite pour obtenir vos remboursements. Dans ce cas, et uniquement dans ce cas vous devez cocher la case.

Information Loi Châtel: la MFH établit des contrats à tacite reconduction. Toute demande de non reconduction doit faire l'objet d'un courrier recommandé avec accusé de réception devant parvenir à la MFH à l'attention du Président, deux mois avant la fin de l'année civile.

Mentions obligatoires : Conformément à l'article 1A de la convention de substitution conclue entre la mutuelle SMH, Mutuelle de France des Hospitaliers, des personnels et professionnels de santé, de l'action sociale, des territoriaux, publics et privés, mutuelle substituant, sise Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59 120 LOOS, et la MFH, mutuelle substituée, la mutuelle substituant se substitue intégralement à la mutuelle substituée pour l'ensemble des opérations et branches pratiquées par la mutuelle substituée.

En application de l'article L.211-5, les opérations faites en application de la convention précitée sont considérées, au regard des dispositions du Livre II du Code de la mutualité, comme des opérations directes de la mutuelle substituant et par voie de conséquence comme ses engagements propres.

La SMH, mutuelle substituant, donne à la MFH, mutuelle substituée sa caution solidaire, en application des dispositions de l'article précité, pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément accordé à la SMH mutuelle Substituante ou à l'union substituant lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Les informations précédées d'un * sont nécessaires car les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par la MFH conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro sécurité



BULLETIN D'ADHÉSION

A retourner accompagné des pièces justificatives à
MFH - CHU Grenoble
CS 10217
38043 Grenoble Cedex 9



sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et du contrat, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales à laquelle la mutuelle est soumise.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants :

A. Ces données peuvent être destinées aux salariés en charge de la préparation et de la gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de la prospection commerciale, des organismes de sécurité sociale, des professionnels de la santé, des sous-traitants, partenaires, réassureurs, coassureurs, services et autorités de contrôle de la mutuelle ainsi que l'administration fiscale, sociale et les personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. Vous, et vos ayants-droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données vous concernant. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande.

Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : DPO – MFH UGM SOLIMUT 146A avenue de Toulon 13010 Marseille, dpo.mfh@solimut.fr.

A la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Je certifie sincères et véritables les renseignements ci-dessus, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle étant sanctionnée par la nullité de mon adhésion, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de l'annexe au présent bulletin d'adhésion qui constitue un tout indissociable avec ce dernier, des statuts de la mutuelle et du règlement mutualiste santé et le barème de cotisation applicable le jour de l'adhésion ainsi que les notices d'information listées dans l'annexe.

À, en 2 exemplaires

Le / /

Signature de l'adhérent-e souscripteur du contrat, précédé de la mention "lu et approuvé":

ANNEXE AU BULLETIN D'ADHESION AU REGLEMENT MUTUALISTE



BULLETIN D'ADHÉSION

A retourner accompagné des pièces justificatives à
MFH - CHU Grenoble
CS 10217
38043 Grenoble Cedex 9



INFORMATION IMPORTANTE Le présent document constitue l'annexe au bulletin d'adhésion que vous avez signé : elle en fait partie intégrante et constitue avec ce bulletin d'adhésion un tout indissociable.

Conformément aux dispositions de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09

La signature du bulletin d'adhésion entraîne la reconnaissance de la réception par l'adhérent des documents suivants :

- Les statuts et le règlement mutualiste de la MFH.

RENONCIATION

- En cas de commercialisation dans le cadre de la vente à distance : conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation qui peut être exercé dans les quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure.

Dans le respect de ce délai, il pourra procéder à la renonciation de ce contrat par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté.

- En cas de commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail : conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Elle peut mettre en œuvre ce droit par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Afin d'exercer ce droit de renonciation, l'Adhérent doit adresser sa demande à l'adresse suivante : MFH-CHU Grenoble Alpes- CS 10217- 38043 GRENOBLE CEDEX 9.

Exemple de lettre type de renonciation :

« Je soussigné (nom prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro de contrat) à la Mutuelle. (Date et signature de l'adhérent). »

En cas de commercialisation dans le cadre de la vente hors établissement : conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la consommation, l'Adhérent dispose d'un droit de rétractation dans un délai de quatorze jours à compter de la signature du contrat. Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai qui commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.



LISTE DES PIÈCES À TRANSMETTRE AVEC VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION

DOCUMENTS

ADHÉRENT-E

- ☐ le bulletin d'adhésion rempli, daté, paraphé et signé
- ☐ la copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire,...)
- ☐ la copie de votre attestation de droit à l'assurance maladie
- ☐ la copie, le cas échéant, de votre carte d'adhérent-e de votre complémentaire santé actuelle
- ☐ le relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal du compte sur lequel les prestations devront être versées
- ☐ la copie de votre dernier bulletin de salaire, si vous êtes salarié-e d'un établissement public de santé (titulaire, stagiaire ou contractuel) ou d'un établissement loi 1901 en lien avec la fonction publique hospitalière ou les établissements publics de santé
- ☐ la copie de votre dernier bulletin de paiement CNRACL, si vous êtes retraité-e hospitalier
- ☐ la copie de votre certificat de scolarité si vous êtes élève d'une école publique d'enseignement médical, paramédical ou social
- ☐ le mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- ☐ l'autorisation de précompte sur salaire si vous êtes salarié-e d'un établissement public de santé (titulaire, stagiaire ou contractuel)
- ☐ la lettre type de demande de résiliation remplie et signée si vous souhaitez que nous prenions en charge son envoi auprès de votre complémentaire santé actuelle
- ☐ le certificat de radiation de votre ancien organisme de complémentaire santé (mutuelle ou assurance)*

CONJOINT-E

Important : si votre conjoint-e est hospitalier, il est nécessaire qu'il-elle souscrive son propre contrat MFH pour bénéficier de la cotisation minorée à vie de la catégorie adhérent-e hospitalier

- ☐ la copie de l'attestation de droit à l'assurance maladie
- ☐ le relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal du compte sur lequel devront être versées les prestations, si différent du compte de l'adhérent-e
- ☐ la copie du dernier bulletin de salaire
- ☐ le certificat de radiation de l'actuel organisme de complémentaire santé*
- ☐ la copie du livret de famille ou d'une pièce d'identité

ENFANT-S

- ☐ la copie de l'attestation de droit à l'assurance maladie sur laquelle est-sont inscrit-s le-s enfant-s
- ☐ la copie du livret de famille
- ☐ le relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal du compte sur lequel devront être versées les prestations (*pour les enfants de plus de 16 ans*), si différent du compte de l'adhérent-e

* Le certificat de radiation est parfois envoyé tardivement. Vous pourrez nous le retourner après l'envoi de votre adhésion et des autres pièces. Pour résilier votre contrat, vous trouverez dans ce dossier une lettre type et nous vous proposons un service d'aide aux formalités administratives. En nous retournant votre lettre type signée nous l'enverrons à nos frais en recommandé A/R à votre actuel organisme complémentaire. A savoir : votre actuel organisme santé avait l'obligation légale (loi Châtel) de vous informer de la date d'échéance de votre contrat ainsi que de la période de préavis. S'il ne vous en a informé, vous avez la possibilité de résilier votre contrat à tout moment de l'année.



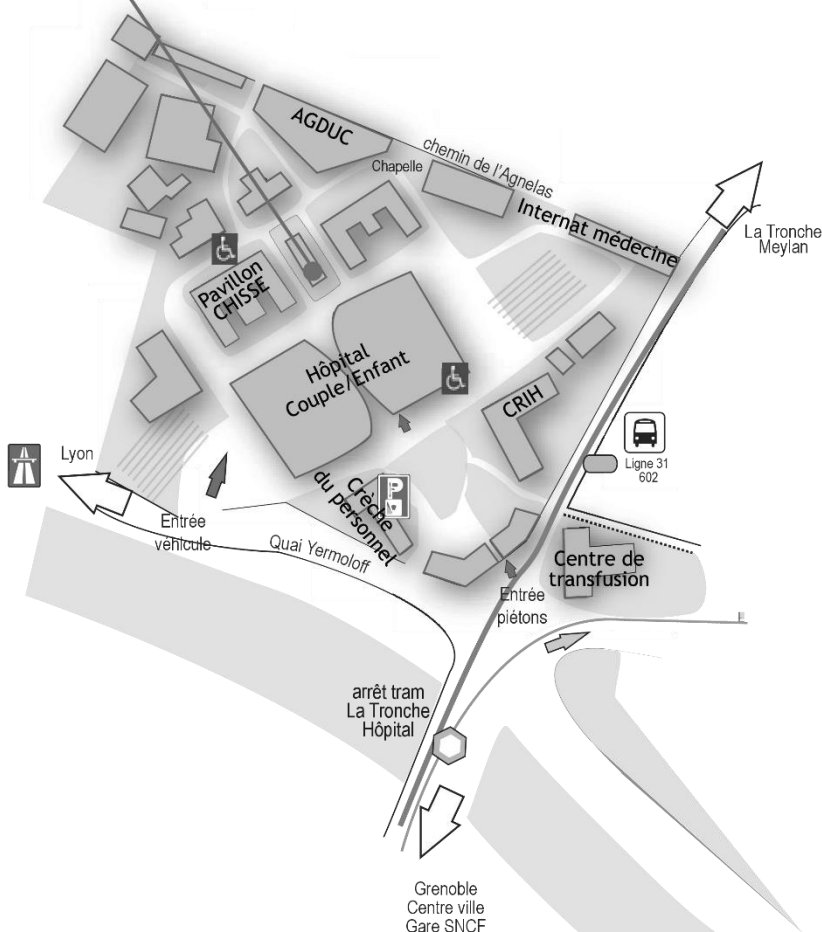
SERVICE D'AIDE AUX FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

BESOIN
D'AIDE?

Vous souhaitez formaliser votre adhésion à la MFH ?
Nous vous remercions de votre choix et de votre confiance !
Afin de vous aider à remplir votre dossier d'adhésion,
n'hésitez pas à prendre contact avec nous !

Par téléphone ou en venant nous rencontrer, nous sommes à votre disposition pour répondre à vos questions, vous aider à remplir votre dossier ou encore réaliser des photocopies de vos documents originaux.

Pour la résiliation de votre contrat auprès de votre actuel organisme de complémentaire santé, il vous suffit de compléter et de nous retourner le courrier type de radiation joint à ce dossier, dès votre décision prise d'adhérer à la MFH (afin d'optimiser le délais de préavis). Nous nous chargerons de le faire parvenir à nos frais, en courrier recommandé avec accusé de réception à l'organisme concerné.



Du Lundi au Vendredi
de 9h à 12h
et
de 13h30 à 16h30

Mutuelle de France des
Hospitaliers
MFH - CHU GRENOBLE
CS 10217
38043 GRENOBLE
Cedex 9
tel. 04 76 15 27 80
fax 04 76 15 27 79
contact@m-f-h.fr

Veillez compléter tous les champs du mandat.



AUTORISATION DE PRECOMPTE SUR SALAIRE

Pour le prélèvement mensuel de votre cotisation MFH
(dès autorisation de votre établissement employeur)

DOCUMENTS

*Merci de remplir ce document si vous êtes salarié-e de la Fonction Publique Hospitalière.
Ce document sera transmis par la MFH à votre établissement employeur pour autorisation préalable.*

Les cotisations sont perçues mensuellement à terme échu.

Le premier prélèvement est un droit d'entrée égal à un mois de votre cotisation.

Je soussigné-e en fonction
dans l'Etablissement Hospitalier Public ci-après dénommé :

Emploi occupé :

Numéro de matricule paie :

Nom de votre Service :

Adresse de l'Etablissement hospitalier :

Code Postal : Boîte Postale :

Commune :

autorise M/Mme le Receveur Percepteur de mon établissement employeur à
prélever sur mon salaire le montant de ma cotisation à la MFH.

Encas de changement de ma situation professionnelle, j'em'engage à prévenir les
services de la MFH au plus tôt.

La cotisation mutualiste ainsi précomptée sur mon salaire sera versée
mensuellement à la MFH.

MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS
CHU GRENOBLE - CS 10217 - GRENOBLE Cedex 9

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

DOMICILIATION			
CCM GRENOBLE RIVET			
TITULAIRE DU COMPTE			
Mutuelle de France des Agents Hospitaliers MFH CHU GRENOBLE - CS 10217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9			
CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° DE COMPTE	CLE RIB
10278	08914	00026035640	23

Fait à, le
Signature de l'agent-e :

NOM

Le / / 20.....

Prénom

Adresse

.....

| | | | |

.....

A l'attention de
M/Mme le Directeur/la Directrice

.....

.....

.....

.....

Mes références sont les suivantes :

.....

Objet: Lettre de radiation - Demande de mon certificat de radiation
Courrier recommandé avec accusé de réception

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de ma décision de résilier mon contrat auprès de votre organisme de complémentaire santé, pour moi-même et l'ensemble des personnes couvertes sur mon dossier, à compter du ____ / ____ / 20____, conformément aux dispositions de la Loi Châtel 2005-67 relative aux contrats à tacite reconduction.

Si vous ne me radiez pas pour ce motif, veuillez résilier mon contrat à la date anniversaire de celui-ci et me tenir informé des délais le plus rapidement possible.

Je vous remercie par avance de bien vouloir donner suite à ma demande, en m'envoyant par retour de courrier le certificat de radiation, confirmant la date de fin de mes droits.

Je vous saurais gré, par ailleurs, de ne pas me relancer pour poursuivre mon adhésion, ma décision étant déjà prise. Merci enfin, de retenir la présente comme expression de ma demande de radiation et de ne pas me demander de la confirmer par l'envoi d'une seconde lettre ou document.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à mes demandes, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes cordiales salutations.

M/Mme.....

Signature

DEMANDE DE RÉSILIATION COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Je soussigné(e),
Madame/Monsieur.....
.....(Nom/prénom), né(e) le (date),
demeurant.....
.....
.....(Adresse), sollicite par la présente la
résiliation de mon adhésion au contrat frais de santé
n°....., ayant pris effet le ____/____/_____,
et ce conformément à la loi sur la résiliation infra annuelle visée à l'article L. 221-10-2
du code de la Mutualité.

La résiliation prendra effet à compter du ____/____/_____, ou à défaut 1 mois à
compter de la réception de la présente demande.

Fait à....., le

Signature