

Des Services adaptés à vos attentes

Prise en charge immédiate de vos soins

Il suffit simplement de nous présenter un certificat de radiation de votre complémentaire santé actuelle.

Tiers payant possible sur tout le territoire français

(hospitalisation, pharmacie, analyses, radios, optique, auxiliaires médicaux).

Télétransmission avec les Régimes Obligatoires

Remboursement garanti en 48h de la part complémentaire en cas d'avance.

Accès à Priorité Santé Mutualiste

Ce service est destiné à informer et aider gratuitement nos adhérents à s'orienter vers des soins de qualité. Les mutualistes trouvent des réponses à toutes les questions qu'ils se posent sur la prévention, le dépistage, les maladies et leurs traitements.

Réseau de Santé

En plus de l'accès aux Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes, vous bénéficiez grâce au réseau Itelis, de services privilégiés et de tarifs négociés auprès de certains professionnels de santé (opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes...).

Vous pouvez ainsi accéder à des prestations de qualité au meilleur prix !



Votre Mutuelle 24 h / 24 sur www.mutuelleverte.com ainsi que sur vos smartphones et tablettes :

Accédez aux informations de votre contrat, à vos relevés de prestations, localisez les professionnels de santé partenaires du réseau les plus proches de chez vous, consultez vos remboursements, demandez une prise en charge.

Mutuelle Verte Assistance :

Sans supplément de cotisation pour les membres de La Mutuelle Verte. Assistance au domicile...



Siège Social : 78, Cours Lafayette - CS 60521 - 83041 TOULON Cedex 9 • Tél : 04 94 18 50 50 - Fax : 04 94 22 02 07
Agence d'Arras : 20, Grand Place - 62000 ARRAS • Tél : 03 21 15 36 30 - Fax : 03 21 15 07 45
www.mutuelleverte.com

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 309 104 099



(Retraité
SNECA)

Demande de devis Santé personnalisé à renvoyer à :
La Mutuelle Verte - 78, Cours Lafayette - CS 60521 - 83041 Toulon Cedex 9

Mme Mlle M. : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

Retraité(e) depuis le : _____ **Avez-vous déjà une Mutuelle ?** OUI NON

Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire : _____

JE SOUHAITE ÊTRE CONTACTÉ(E) PAR UN CONSEILLER ENTRE 8h30 ET 19h AU : _____ ENTRE _____ & _____ h

Conjoint : Né(e) le : _____ Profession : _____ Salarié(e)

Travailleur Non Salarié Professionnel de Santé - Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire : _____

Vos enfants : jusqu'à 21 ans si scolarisés et jusqu'à 25 ans s'ils poursuivent des études supérieures (Cotisations offertes à partir du 3^e enfant)

Nombre d'enfants : _____ Années de naissance : _____

JE SOUHAITE AUSSI RECEVOIR DES INFORMATIONS SUR LES GARANTIES SUIVANTES : DÉPENDANCE OBSÈQUES