

FAITES COMME CÉLINE ET PAUL REJOIGNEZ LA MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE



CÉLINE

26 ANS, INFIRMIÈRE, CÉLIBATAIRE, SANS ENFANT

Céline porte des lunettes et des lentilles. Elle a remarqué une jolie monture dans notre Centre Optique du Marais. En choisissant le module B, sa Mutuelle lui permet de mieux voir sans rien payer. Elle bénéficie de l'offre Découverte (-30 % la première année *), sa cotisation de 36,90 € par mois lui permet de bien se soigner à moindre coût.

* Et - 20 % la deuxième année -10 % la troisième année sur ses cotisations.



PAUL

50 ANS, AGENT DE MAINTENANCE, DIVORCÉ

Paul est très content de sa Mutuelle, il peut sourire. Elle lui a remboursé 2 500 € sur ses frais de prothèses dentaires en optant pour le module C. Il paye 74,80 € par mois, pour d'excellents remboursements dentaires.

NOUS RENCONTRER

ET NOUS JOINDRE



LIEU DE TRAVAIL

VENEZ NOUS RENCONTRER SUR VOTRE LIEU MÊME DE TRAVAIL
Prenez rendez-vous avec votre Correspondant !



ACCUEIL

UN ACCUEIL PERSONNALISÉ

52 rue de Sévigné Paris 3^e
De 8:45 à 16:30
Métro : Saint-Paul ou Chemin Vert



TELEPHONE

01 42 76 12 48

Touche 3 «adhésions»
de 8:30 à 16:30



WEB

CONNECTEZ-VOUS SUR NOTRE SITE

mc602.com



COURRIER

**MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE DE LA VILLE DE PARIS
ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE**

Service Développement 93545 Bagnolet Cedex



MCAS

LA MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE DES ACTIVITÉS SOCIALES (MCAS)

52 rue de Sévigné Paris 3^e - 4^e étage
De 9:00 à 12:00 et de 14:00 à 17:00
Tél. : 01 42 76 12 59 / e-mail : mcas@mc602.com / Site web : mcas-social.com

VOTRE CONTACT PRIVILÉGIÉ

Coupon à détacher et à retourner à l'adresse ci-dessous



JE SOUHAITE ADHÉRER
 JE DÉSIRE RECEVOIR UNE DOCUMENTATION

COUPON À RETOURNER À MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE SERVICE DÉVELOPPEMENT 93545 BAGNOLET CEDEX

DATE | | | | | | | | | |

NOM - PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE | | | | | | | | | |

ADRESSE _____

CODE POSTAL | | | | | VILLE _____

TÉLÉPHONE | | | | | | | | | |

E-MAIL _____

COCHEZ LES CASES CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION

- PERSONNEL ACTIF DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE
 AP-HP
 ÉTUDIANT
 PARRAINÉ
 AUTRE SITUATION (À PRÉCISER) _____

LIEU DE TRAVAIL _____

DATE D'ENTRÉE DANS L'ADMINISTRATION | | | | | | | | | |

AVEZ-VOUS DÉJÀ UNE MUTUELLE ? NON
 OUI SI OUI LAQUELLE ? _____

