

PARTICULIERS

TNS

ENTREPRISES

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

COMMUNES



UNE MUTUELLE INTERCOMMUNALE

“ Une gamme de prestations au tarif maîtrisé
pour tous les habitants de la
Communauté de Communes Bresse Haute Seille ”

**RETROUVEZ LES PERMANENCES
PROCHES DE CHEZ VOUS**

Mutuelle régie par le code de la mutualité,
soumise aux dispositions du livre II de ce
même code et immatriculée à l'INSEE sous
le numéro 784 442 915 - Siège social : 52,
rue d'Hauteville, 75487 Paris cedex 10
France. Crédits photos : Freepik - Création
et réalisation graphique : Communauté de
Communes Bresse Haute Seille, non
responsable du contenu éditorial

Avril

S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			
19							

Mai

S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
18					1	2	3
19	4	5	6	7	8	9	10
20	11	12	13	14	15	16	17
21	18	19	20	21	22	23	24
22	25	26	27	28	29	30	31
23							

Juin

S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
23	1	2	3	4	5	6	7
24	8	9	10	11	12	13	14
25	15	16	17	18	19	20	21
26	22	23	24	25	26	27	28
27	29	30					
28							

Juillet

S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
27			1	2	3	4	5
28	6	7	8	9	10	11	12
29	13	14	15	16	17	18	19
30	20	21	22	23	24	25	26
31	27	28	29	30	31		
32							

Des agences de proximité

100% santé sur tous les niveaux de garanties

L'accès à la téléconsultation

Des permanences animées proches de chez vous

Sur rendez-vous PERMANENCES

Premier mercredi du mois
Bâtiment La Carriade
9H15 - 12H30
13H30 - 17H30

Premier vendredi du mois
France Services
9H15 - 12H30
13H30 - 17H30

RENSEIGNEMENTS & PRISES DE RDV :

Laurence COLAS

Conseillère Mutualiste

☎ 03 84 24 32 27

4 Rue Rouget de Lisle, 39000 Lons-le-Saunier

bressehauteseille@mutuelle-familiale.fr



Fiche contact



France services

Vous êtes : ☐ un particulier ☐ un professionnel ☐ déjà adhérent, n°adhérent: _____

☐ M. ☐ Mme Nom : _____ Prénom: _____

Fonction : _____ Nom de la société : _____

Adresse : _____

Code postal: _____ Ville : _____

N° tél : _____ Email : _____

Date de naissance : _____ Foyer : Conjoint(e) ☐ Oui ☐ Non Nombre d'enfant(s) : _____

- ☐ Je suis intéressé(e) par une couverture en santé.
☐ Je suis intéressé(e) par une couverture en prévoyance.
☐ Je suis intéressé(e) par la couverture santé dédiée aux agents territoriaux.
☐ Je souhaite être recontacté(e) par La Mutuelle Familiale.

Observations :