

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

Septembre							Octobre							Novembre							Décembre										
S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	S	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
36		1	2	3	4	5	6	40				1	2	3	4	44						1		49		1	2	3	4	5	6
37	7	8	9	10	11	12	13	41	5	6	7	8	9	10	11	45	2	3	4	5	6	7	8	50	7	8	9	10	11	12	13
38	14	15	16	17	18	19	20	42	12	13	14	15	16	17	18	46	9	10	11	12	13	14	15	51	14	15	16	17	18	19	20
39	21	22	23	24	25	26	27	43	19	20	21	22	23	24	25	47	16	17	18	19	20	21	22	52	21	22	23	24	25	26	27
40	28	29	30					44	26	27	28	29	30	31		48	23	24	25	26	27	28	29	53	28	29	30	31			
41								45								49	30							1							

PERMANENCES

Sur rendez-vous

Des agences **de proximité**

L'accès à la **téléconsultation**

100% santé sur tous les niveaux de garanties

Des permanences animées proches de chez vous



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



Premier **vendredi** du mois
France Services Sellières
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.

ObservaÃons :