

# INFORMATIONS

## CONCERNANT VOTRE ADHÉSION

Pour devenir membre de la Coop de Solidarité Santé La Prairie, vous devez acquérir des **parts sociales** et payer une **cotisation**.



### Parts sociales

- Vous devez acheter pour une famille (c'est-à-dire une ou plusieurs personnes vivant à la même adresse géographique ou ayant la même adresse fiscale) 10 parts sociales de 10\$, non taxables, soit 100\$ de parts sociales.
- Ces 100\$ ne sont payables qu'une fois dans votre vie et sont valables pour une famille, peu importe le nombre de personnes. Si une personne seule, devenue membre en ayant payé les 100\$ décide d'ajouter un conjoint ou un enfant dans les semaines, les mois ou les années suivantes, elle n'aura pas à payer une nouvelle fois 100\$.
- Vous en faites don, et nous vous en remercions par avance, la Coop pourra en disposer et investir dans du matériel médical.

### Cotisation

- La cotisation (TPS et TVQ incluses) pour un adulte est de 14,65\$ par mois et pour un enfant de moins de 18 ans de 8,90\$ par mois. Les deux premiers enfants seulement sont payants. Le ou les enfants suivants sont gratuits si au moins deux adultes sont payants.
- La 1ère année l'engagement est de 12 mois mais peut-être arrêté à tout moment par la suite.

### Paiement

- **Prélèvement mensuel :** Vous devez fournir vos coordonnées bancaires afin d'autoriser chaque prélèvement en fin de mois. **Les 100\$ de parts sociales sont à payer exclusivement par carte de crédit et ne peuvent pas être prélevés.**
- **Paiement annuel à titre exceptionnel, sur place seulement à la Coop, au bureau 107, sur rendez-vous.**

### Exemple de cotisation pour une famille de trois adultes et trois enfants

Membre	Paiement mensuel
Adulte A	14,65\$
Adulte B	14,65\$
Adulte C	14,65\$
Enfant D	8,90\$
Enfant E	8,90\$
Enfant F	Gratuit
<b>Parts sociales</b>	<b>100,00\$</b>
<b>Total année 1</b>	<b>100,00\$ + (61,75\$ x 12 mois)</b>
<b>Total année 2, 3, etc.</b>	<b>(61,75\$ x 12 mois)</b>

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

PAIEMENT PAR

## PRÉLÈVEMENT MENSUEL

ET PAIEMENT PAR CARTE DES PARTS SOCIALES



coop de solidarité  
SANTÉ LA PRAIRIE

675 Ch. de St Jean, La Prairie, QC J5R 2L2  
450 444-2002 | www.santelaprairie.coop

Cochez une des ces huit villes parmi lesquelles vous devez obligatoirement résider:  Brossard  Candiac  Delson  La Prairie  
 Sainte-Catherine  Saint-Constant  Saint-Jean-sur-Richelieu (jusqu'à la rivière Richelieu)  Saint-Philippe

Nom et prénom	Adresse courriel personnelle de chaque membre	Téléphone de chaque membre (ex: 450-555-1234)	Cherche médecin (cocher)	No. Assurance maladie (ex: ABCD 1234 1234)	Montant mensuel (14.65\$ ou 8.90\$)
Votre code postal:			Total des paiements mensuels par prélèvements		
<b>OBLIGATOIRE - Les paiements mensuels ne peuvent être prélevés sur votre carte de crédit.</b>			<b>Parts sociales (une seule fois) à payer par carte</b>		<b>100,00 \$</b>
Institution bancaire: _____			No. de la carte: _____ (crédit et non débit)		
Titulaire(s) du compte: _____			Exp.: ____/____ Nom sur la carte: _____		
No. de compte: _____ Succursale: _____ Institution: _____			Autorisation paiement de 100\$ <input type="checkbox"/> pour les parts sociales.		

1. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'informations sur votre droit d'annuler un accord de débit préautorisés, DPA, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou consultez le site de Paiements Canada à l'adresse [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).
2. Vous avez certains droits de recours s'il arrive qu'un débit ne soit pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir un remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux conditions du présent accord de DPA. Pour plus d'informations sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou consultez le site de Paiements Canada à l'adresse [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).
3. Je soussigné(e) autorise la Coop de Solidarité Santé La Prairie à effectuer des débits préautorisés dans mon compte, ce dernier étant identifié par les informations bancaires ci-dessus, **pour un montant fixe de : \_\_\_\_\_ \$ / mois**. Ce prélèvement mensuel est reconduit tacitement. Il est possible qu'une augmentation soit présentée à l'assemblée annuelle et que le prélèvement soit modifié en conséquence. La 1<sup>ère</sup> année l'engagement est de 12 mois mais peut-être arrêté à tout moment par la suite.
4. **Je renonce à recevoir un avis écrit précédant le premier débit.**

- J'accepte de faire don des parts sociales qui seront investies dans du matériel médical et nous vous en remercions.
- J'ai lu et j'accepte toutes les informations stipulées dans ce formulaire d'adhésion et sur la page INFORMATIONS.

Comment avez-vous connu la Coop? \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

SVP retourner par courriel: [membre@santelaprairie.coop](mailto:membre@santelaprairie.coop) ou par courrier ou déposer à la réception.

La Loi sur l'assurance maladie stipule que le paiement de parts sociales et de cotisations annuelles à une coopérative de santé ne doit en aucun cas constituer une condition préalable pour accéder aux services d'un médecin ou encore permettre un accès privilégié ou plus rapide avec un médecin. **Seuls les médecins sont habilités à prendre en charge un patient selon les critères dictés par leur code de déontologie.**

Le fait de participer à ce projet collectif nous permet de mettre en place un environnement très efficace pour le personnel médical qui vous servira. De ce fait, tous les patients ont accès à un rendez-vous par téléphone, sans avoir à se déplacer. La Coop de Santé, au contraire d'une clinique conventionnelle, offre de nombreux services non-assurés auxquels seuls les membres peuvent avoir accès, dont les prélèvements sanguins, la vaccination, les soins infirmiers et bien d'autres, tous sur rendez-vous, sans attente et sans frais.