

INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale _____ Sigle _____ Forme juridique _____
 Date de création ___/___/_____ Dénomination commerciale _____ Groupe commercial _____
 Adresse du Siège social _____
 _____ Code Postal _____ Ville _____
 Adresse de correspondance (si différente) _____
 Tél. _____ Fax _____ Activité principale _____
 N° SIRET _____ Code APE (norme NAF) _____ Convention collective appliquée _____
 Effectif cadre _____ Effectif non cadre _____
 Identité du dirigeant : Nom / prénom _____ Statut : Salarié Non salarié

EN CAS DE REPRISE DE L'ENTREPRISE : nature juridique de la reprise
 Ancienne dénomination _____ Ancien n° SIRET _____

TYPE DOC : EANP

REGIME FRAIS DE SANTE COMPLEMENTAIRE (OPTIONNEL)

Je soussigné(e) _____, agissant en qualité de _____, ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), déclare être adhérent à la couverture conventionnelle obligatoire frais de santé de la CCN des HOTELS-CAFES-RESTAURANTS auprès de KLESIA Prévoyance.

Je demande à souscrire au dispositif complémentaire en faveur de la totalité du personnel salarié de l'une des catégories ci-dessous visées à effet du ___/___/_____, en vertu : d'un accord d'entreprise d'un référendum du personnel d'une décision unilatérale de l'employeur

	1. Choix du type de cotisations :			2. Choix du niveau de garanties (voir le détail au verso) :			
	Salarié seul	Tarif unique Famille (une cotisation unique quelle que soit la composition familiale)	Salarié – Famille (une cotisation en fonction de la situation familiale réelle du salarié)	CCN BASE Famille	CCN + SURCO A	CCN + SURCO B	CCN + SURCO C
Cadre (personnel relevant des art. 4 & 4bis et de l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non cadre (personnel ne relevant pas des art. 4 & 4bis et de l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chaque catégorie, cochez :
 1. Le type de cotisations
 2. Le niveau des garanties

Cotisations mensuelles à effet du 01/01/2016	RÉGIME GÉNÉRAL				RÉGIME ALSACE MOSELLE			
	Salarié seul	Tarif unique Famille	Salarié - Famille		Salarié seul	Tarif unique Famille	Salarié - Famille	
			Salarié	Salarié et sa famille			Salarié	Salarié et sa famille
CCN BASE FAMILLE	-	77,00 €	28,00 € *	113,00 €	-	55,37 €	20,00 € *	80,82 €
CCN + SURCO A	35,00 €	101,00 €	35,00 €	141,00 €	27,00 €	79,37 €	27,00 €	108,82 €
CCN + SURCO B	50,00 €	137,00 €	50,00 €	186,00 €	42,00 €	115,37 €	42,00 €	153,82 €
CCN + SURCO C	58,00 €	161,00 €	58,00 €	213,00 €	50,00 €	139,37 €	50,00 €	180,82 €

Ces garanties ne peuvent être adoptées qu'en complément de la couverture conventionnelle obligatoire frais de santé de la CCN des Hôtels – Cafés – Restaurants souscrit auprès de l'Institution de Prévoyance compétente, pour la catégorie visée à la présente demande d'adhésion. La souscription au contrat frais de santé complémentaire rend l'affiliation obligatoire pour les seuls salariés ou pour les salariés et leurs ayants droit.

*Montant de la cotisation de la couverture conventionnelle obligatoire

Je reconnais avoir reçu les Conditions générales du contrat frais de santé complémentaire, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

La présente adhésion prend effet après acceptation de l'organisme assureur, constatée par l'émission de Conditions particulières ou d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet de l'adhésion, accompagné d'une notice d'information par salarié concerné dont un exemplaire sera à lui remettre.

Fait à _____ le _____

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal :

PIECES A JOINDRE : Extrait k.bis de moins de 3 mois

Affiliation des salariés

GPS Gestions Prestation Service est le gestionnaire du régime HCR Santé pour les affiliations et les prestations.

Pour la bonne gestion des dossiers et le suivi des affiliations, vous devez impérativement renseigner le nom et les coordonnées d'un « contact d'affiliation » (responsable du personnel, expert comptable, ...).

NOM / Prénom _____

Adresse e-mail _____

Tél. _____

Pour une affiliation simple et rapide, vos salariés peuvent directement remplir leur bulletin en ligne sur le site : www.gpam.fr

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou des bénéficiaires ci-dessus visés, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit (hors allocation de naissance ou adoption). Les actes non remboursables inscrits à la CCAM et/ou non-inscrits à la NGAP (hors nomenclature) ne sont pas pris en charge, sauf exceptions concernant toutefois des actes ou spécialités à caractère thérapeutique (cf. Conditions générales). Les prestations sont exprimées en complément du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.

NATURE DES FRAIS	BASE CCN *	BASE CCN + SURCO A*	BASE CCN + SURCO B*	BASE CCN + SURCO C*
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE				
• Frais et Honoraires chirurgicaux				
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	TM + 230 % BRSS	TM + 380 % BRSS	TM + 380 % BRSS	TM + 430 % BRSS
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS
• Frais de séjour	110 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS
• Forfait hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
• Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (yc médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire
• Chambre particulière de nuit	50 € par jour	50 € par jour	80 € par jour	120 € par jour
• Chambre particulière de jour (CPA)	50 € par jour	50 € par jour	55 € par jour	65 € par jour
• Frais de lit d'accompagnant	15 € par jour	30 € par jour	50 € par jour	80 € par jour
• Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro	-	-	125 € / an	150 € / an
MÉDECINE COURANTE				
• Consultations - Visites de généralistes et spécialistes				
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	TM + 20 % BRSS	TM + 50 % BRSS	TM + 120 % BRSS	TM + 270 % BRSS
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)	TM	TM + 30 % BRSS	TM + 100% BRSS	TM + 100 % BRSS
• Actes de chirurgie - Actes techniques médicaux				
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	TM + 20 % BRSS	TM + 50 % BRSS	TM + 120 % BRSS	TM + 270 % BRSS
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)	TM	TM + 30 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100% BRSS
• Analyses médicales	TM	TM	TM	TM
• Imagerie médicale, radiologie, échographie				
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	TM	TM	TM + 120 % BRSS	TM + 270 % BRSS
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)	TM	TM	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS
• Auxiliaires médicaux	TM	TM	TM + 110 % BRSS	TM + 260 % BRSS
• Prothèses remboursées par la SS autres que dentaires et auditives	65 % BRSS	65 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS
• Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	400 € / oreille (maxi 2 par an) + 65 % BRSS	400 € / oreille (maxi 2 par an) + 65 % BRSS	400 € / oreille (maxi 2 par an) + 150 % BRSS	400 € / oreille (maxi 2 par an) + 300 % BRSS
• Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS
• Ostéopathie, chiropractie, étioopathie non remboursée par la SS	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
• Acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien non remboursé par la Sécurité sociale	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
PHARMACIE				
• Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	TM	TM	TM	TM
• Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	20 € / an	35 € / an
DENTAIRE				
• Soins dentaires	TM	TM	TM	TM
• Inlays - Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
• Prothèses dentaires remboursées par la SS (yc prothèse sur implant)	240 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
• Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale ⁽¹⁾	240 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
• Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166 % BRSS	266 % BRSS	300 % BRSS	450 % BRSS
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
• Implants dentaires (hors prothèse dentaire) – Tous les 2 ans	-	-	500 € / bénéficiaire	700 € / bénéficiaire
OPTIQUE (selon la dioptrie)				
• Forfait par verre ⁽³⁾				
- Unifocaux – de 0 à 4	160 €	160 €	160 €	180 €
- Unifocaux – de 4,25 à 6	185 €	185 €	185 €	185 €
- Unifocaux – de 6,25 à 8	222 €	222 €	222 €	250 €
- Unifocaux – à partir de 8,25	277 €	277 €	277 €	300 €
- Multifocaux – de 0 à 4	250 €	250 €	250 €	270 €
- Multifocaux – de 4,25 à 6	288 €	288 €	288 €	310 €
- Multifocaux – de 6,25 à 8	300 €	300 €	300 €	325 €
- Multifocaux – à partir de 8,25	311 €	311 €	311 €	350 €
• Monture ⁽³⁾	100 €	100 €	100 €	100 €
• Lentilles correctrices prises en charge par la SS (yc jetables)	126 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	190 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	250 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	300 € / an / bénéficiaire (minimum TM)
• Lentilles correctrices non prises en charge par la SS (yc jetables)	126 € / an / bénéficiaire	190 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
• Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	-	-	345 € / œil / an	460 € / œil / an
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale	TM	TM	130 % BRSS	230 % BRSS
MATERNITÉ				
• Allocation de naissance ou adoption	8 % PMSS par enfant	8 % PMSS par enfant	10 % PMSS par enfant	12 % PMSS par enfant
• Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour	2,5 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour
AUTRES REMBOURSEMENTS				
• Transport accepté	TM	TM	TM	TM
• Moyens de contraception prescrits non remboursés par la SS	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	4 % PMSS / an / bénéficiaire
ACTES DE PRÉVENTION				
• Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS) ⁽⁵⁾ – par an	80 € / bénéficiaire	95 € / bénéficiaire	120 € / bénéficiaire	150 € / bénéficiaire
• Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la SS ⁽⁵⁾	Pris en charge au titre des postes dont ils relèvent (minimum TM)			

*En complément de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur - BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - SS : Sécurité sociale / Les actes en secteur non conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITÉ.

(1) Reconstituée sur une BRSS à 107,50 € - (2) Assuré de moins de 25 ans / reconstituée sur la base d'un TO90 - (3) Un équipement optique « verres et monture » pris en charge par période de deux ans (à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an - (4) Dans la limite de deux interventions (une pour chaque œil) par an et par bénéficiaire - (5) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur amel.fr)