

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 _____

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 hôtels-café-restaurants** auprès de **MALAKOFF MÉDÉRIC 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

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

	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"/>

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 du régime conventionnel

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 le 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 DES RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE DES HÔTELS, CAFÉS,

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 <ul style="list-style-type: none"> Frais et Honoraires chirurgicaux <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) . . . Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) Frais de séjour Forfait hospitalier Participation forfaitaire sur les actes techniques (yc médecine de ville) Chambre particulière de nuit. Chambre particulière de jour (CPA) Frais de lit d'accompagnant Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro 	TM + 230 % BRSS TM + 100 % BRSS 110 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 50 € par jour 50 € par jour 15 € par jour -	TM + 380 % BRSS TM + 100 % BRSS 400 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 50 € par jour 50 € par jour 30 € par jour -	TM + 380 % BRSS TM + 100 % BRSS 400 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 80 € par jour 55 € par jour 50 € par jour 125 € / an	TM + 430 % BRSS TM + 100 % BRSS 400 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 120 € par jour 65 € par jour 80 € par jour 150 € / an
MÉDECINE COURANTE <ul style="list-style-type: none"> Consultations - Visites de généralistes et spécialistes <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) . . . Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) Actes de chirurgie - Actes techniques médicaux <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) . . . Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) Analyses médicales Imagerie médicale, radiologie, échographie <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) . . . Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) Auxiliaires médicaux Prothèses remboursées par la SS autres que dentaires et auditives Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale (par oreille) Petit appareillage Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie non remboursée par la SS Acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien non remboursée par la SS. 	TM + 20 % BRSS TM TM + 20 % BRSS TM TM TM TM TM 65 % BRSS 400 € (maxi 2 par an) + 65 % BRSS 100 % BRSS 100 € / an -	TM + 50 % BRSS TM + 30 % BRSS TM + 50 % BRSS TM + 30 % BRSS TM TM TM TM 65 % BRSS 400 € (maxi 2 par an) + 65 % BRSS 100 % BRSS 100 € / an 20 € / an	TM + 120 % BRSS TM + 100 % BRSS TM + 120 % BRSS TM + 100 % BRSS TM TM + 120 % BRSS TM + 100 % BRSS TM + 110 % BRSS 150 % BRSS 400 € (maxi 2 par an) + 150 % BRSS 150 % BRSS 100 € / an 30 € / an	TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS TM TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS TM + 260 % BRSS 300 % BRSS 400 € (maxi 2 par an) + 300 % BRSS 300 % BRSS 100 € / an 40 € / an
PHARMACIE <ul style="list-style-type: none"> Pharmacie remboursée par la SS. Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale 	TM -	TM -	TM 20 € / an	TM 35 € / an
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> Soins dentaires Inlays – Onlays remboursés par la SS. Prothèses dentaires prises en charge par la SS (yc prothèse sur implant) Prothèses dentaires non prises en charge par la SS⁽¹⁾ Orthodontie acceptée par la SS Orthodontie non prise en charge par la SS⁽²⁾ Implant dentaire (hors prothèse dentaire) – tous les 2 ans 	TM 200 % BRSS 240 % BRSS 240 % BRSS 166 % BRSS 100 % BRSS -	TM 300 % BRSS 300 % BRSS 300 % BRSS 266 % BRSS 200 % BRSS -	TM 350 % BRSS 350 % BRSS 350 % BRSS 300 % BRSS 300 % BRSS 500 €	TM 450 % BRSS 450 % BRSS 450 % BRSS 450 % BRSS 400 % BRSS 700 €
OPTIQUE <ul style="list-style-type: none"> Monture⁽³⁾ Forfait par verre⁽³⁾ - Unifocaux – Sphère de 0 à 4 - Unifocaux – Sphère de 4,25 à 6 - Unifocaux – Sphère de 6,25 à 8 - Unifocaux – Sphère à partir de 8,25 - Multifocaux – Sphère de 0 à 4 - Multifocaux – Sphère de 4,25 à 6 - Multifocaux – Sphère de 6,25 à 8 - Multifocaux – Sphère à partir de 8,25 Lentilles correctrices prises en charge par la SS (yc jetables) / an/ bén. Lentilles correctrices non prises en charge par la SS (yc jetables) / an/ bén. Chirurgie réfractive non prise en charge par la SS⁽⁴⁾ 	100 € 160 € 185 € 222 € 277 € 250 € 288 € 300 € 311 € 126 € 126 € -	100 € 160 € 185 € 222 € 277 € 250 € 288 € 300 € 311 € 190 € 190 € -	100 € 160 € 185 € 222 € 277 € 250 € 288 € 300 € 311 € 250 € (minimum TM) 250 € (minimum TM) 345 € / œil / an	100 € 180 € 185 € 250 € 300 € 270 € 310 € 325 € 350 € 300 € (minimum TM) 300 € (minimum TM) 460 € / œil / an
CURES THERMALES acceptées par la SS	TM	TM	130 % BRSS	230 % BRSS
MATERNITÉ <ul style="list-style-type: none"> Allocation de naissance ou adoption Chambre particulière (8 jours maximum) 	8 % PMSS par enfant 1,5 % PMSS / jour	8 % PMSS par enfant 2 % PMSS / jour	10 % PMSS par enfant 2,5 % PMSS / jour	12 % PMSS par enfant 3 % PMSS / jour
AUTRES REMBOURSEMENTS <ul style="list-style-type: none"> Transport accepté Autres moyens de contraception prescrits non remboursés par la SS 	TM 3 % PMSS / an /bén.	TM 3 % PMSS / an /bén.	TM 3 % PMSS / an /bén.	TM 4 % PMSS / an /bén.
ACTES DE PRÉVENTION <ul style="list-style-type: none"> Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS) – par an 	80 € / bénéficiaire	95 € / bénéficiaire	120 € / bénéficiaire	150 € / bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Actes de prévention en application 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'AUTORITE. (1) Reconstitué sur un BRSS à 107,50 € - (2) Assuré de moins de 25 ans / reconstitué sur une 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 2 interventions /an / bénéficiaire (une pour chaque œil) - (5) La prise en charge porte sur tous les actes de prévention remboursés par la SS (liste disponible sur amel.fr)