

#### 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 \_\_\_\_\_

#### RÉGIME FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE (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-CAFÉS-RESTAURANTS** auprès de **AUDIENS Prévoyance**.

Je demande à souscrire au dispositif complémentaire en faveur de la totalité du personnel salarié de l'une des deux catégories ci-dessous visées à effet du \_\_\_\_\_, en vertu de :  d'un accord collectif 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 de 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
<b>Cadre</b> (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"/>
<b>Non cadre</b> (Personnel ne relevant pas des art. 4 & 4bis et 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 €	28 € *	113 €	-	55,37 €	20 € *	80,82 €
CCN + SURCO A	35 €	101 €	35 €	141 €	27 €	79,37 €	27 €	108,82 €
CCN + SURCO B	50 €	137 €	50 €	186 €	42 €	115,37 €	42 €	153,82 €
CCN + SURCO C	58 €	161 €	58 €	213 €	50 €	139,37 €	50 €	180,82 €

\* Montant de la cotisation de la couverture conventionnelle obligatoire.

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.

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 :

#### PIÈCES À 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 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](http://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 bénéficiaire 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 *	
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE</b>	Frais et Honoraires chirurgicaux	TM + 230 % BRSS TM + 100 % BRSS	TM + 380 % BRSS TM + 100 % BRSS	TM + 380 % BRSS TM + 100 % BRSS	TM + 430 % BRSS TM + 100 % BRSS	
	• Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)					
	• Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)					
	• 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 (y compris 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	50 € 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'accompagnement	15 € par jour	30 € par jour	30 € par jour	80 € par jour	
	• Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro	—	—	—	125 € / an	
<b>MÉDECINE COURANTE</b>	Consultations - Visites de généralistes et spécialistes	TM + 20 % BRSS TM	TM + 50 % BRSS TM + 30 % BRSS	TM + 120 % BRSS TM + 100 % BRSS	TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS	
	• 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	TM + 20 % BRSS TM	TM + 50 % BRSS TM + 100 % BRSS	TM + 120 % BRSS TM + 100 % BRSS	TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS	
	• Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)					
	• Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)					
	• Analyses médicales	TM	TM	TM	TM	
	Imagerie médicale, radiologie, échographie	TM	TM	TM	TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS	
	• Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)					
	• Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)					
<b>PHARMACIE</b>	Auxiliaires médicaux	TM	TM	TM + 110 % BRSS	TM + 260 % BRSS	
	• Prothèses dentaires	65 % BRSS	65 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS	
	• Prothèses auditives	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	
	• Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS	
	• Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	
	• Acupuncture, diététicien, psychologue, psychomotricien non remboursé par la Sécurité sociale	—	—	—	—	
	• Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	TM	TM	TM	TM	
	• Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	—	—	20 € / an	35 € / an	
	• Soins dentaires	TM	TM	TM	TM	
	• Inlays - Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS	
<b>DENTAIRE</b>	• Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris 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	400 % BRSS	
	• Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (2)	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	
	• Implants dentaires (hors prothèse dentaire) - Maxi 2 par an	—	—	500 € / bénéficiaire	700 € / bénéficiaire	
	Forfait par verre - selon la dioptrie (3)	160 €	160 €	160 €	180 €	
	• Unifocaux - de 0 à 4	185 €	185 €	185 €	185 €	
	• Unifocaux - de 4,25 à 6	222 €	222 €	222 €	250 €	
	• Unifocaux - de 6,25 à 8	277 €	277 €	277 €	300 €	
	• Unifocaux à partir de 8,25	250 €	250 €	250 €	270 €	
• Multifocaux - de 0 à 4	288 €	288 €	288 €	310 €		
• Multifocaux - de 4,25 à 6	300 €	300 €	300 €	325 €		
• Multifocaux - de 6,25 à 8	311 €	311 €	311 €	350 €		
• Multifocaux à partir de 8,25	—	—	—	—		
<b>OPTIQUE</b>	• Monture (3)	100 €	100 €	100 €	100 €	
	• Lentilles correctrices prises en charge par la Sécurité sociale (y compris 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 Sécurité sociale (y compris 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	
	• Remboursés par la Sécurité sociale	TM	TM	130 % BRSS	230 % BRSS	
	• Remboursés sur une BSS - Base de Remboursement de la Sécurité sociale	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	
	• Allocation de naissance ou adoption	—	—	—	—	
	• Chambre particulière (8 jours maximum)	—	—	—	—	
	<b>CURES THERMALES</b>	• Remboursés par la Sécurité sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	4 % PMSS / an / bénéficiaire
		• Transport accepté	—	—	—	—
• Moyens de contraception prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		—	—	—	—	
• Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité Sociale) (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 Sécurité Sociale (5)		—	—	—	—	
• Actes de prévention de la Sécurité sociale		—	—	—	—	
• Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent (minimum TM)		—	—	—	—	
<b>MATERNITÉ</b>		• Remboursés par la Sécurité sociale	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
		• Allocation de naissance ou adoption	—	—	—	—
		• Chambre particulière (8 jours maximum)	—	—	—	—
	<b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>	• Remboursés par la Sécurité sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	4 % PMSS / an / bénéficiaire
		• Transport accepté	—	—	—	—
		• Moyens de contraception prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	—	—	—	—
		• Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité Sociale) (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 Sécurité Sociale (5)	—	—	—	—
		• Actes de prévention de la Sécurité sociale	—	—	—	—
		• Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent (minimum TM)	—	—	—	—
<b>ACTES DE PRÉVENTION</b>		• Remboursés par la Sécurité sociale	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
		• Allocation de naissance ou adoption	—	—	—	—
		• Chambre particulière (8 jours maximum)	—	—	—	—
	<b>ACTES DE PRÉVENTION</b>	• Remboursés par la Sécurité sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	3 % PMSS / an / bénéficiaire	4 % PMSS / an / bénéficiaire
		• Transport accepté	—	—	—	—
		• Moyens de contraception prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	—	—	—	—
		• Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité Sociale) (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 Sécurité Sociale (5)	—	—	—	—
		• Actes de prévention de la Sécurité sociale	—	—	—	—
		• Prise 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 / Les actes en secteur non conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITÉ.

(1) Reconstituée sur une BSS 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 ameli.fr).