

**INFORMATIONS ENTREPRISE**

Entreprise (Raison sociale) \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_  
 Dénomination commerciale \_\_\_\_\_ Groupe commercial \_\_\_\_\_  
 N° Siren [ ] Forme juridique \_\_\_\_\_  
 Nic du siège social [ ] Adresse du Siège social \_\_\_\_\_  
 Code postal [ ] Ville \_\_\_\_\_  
 Tél. [ ] Email \_\_\_\_\_  
 Date de création de l'entreprise [ ] Code NAF (E-APE) \_\_\_\_\_  
 Activité principale \_\_\_\_\_ N° IDCC [ ]  
 Adresse de correspondance \_\_\_\_\_  
 Code postal [ ] Ville \_\_\_\_\_  
 Tél. [ ] Email \_\_\_\_\_  
 Identité du dirigeant : Nom / Prénom \_\_\_\_\_ Statut :  Salariés  Non salarié  
 Effectif Cadres (1) : \_\_\_\_\_ Effectif Non cadres (2) : \_\_\_\_\_

**En cas de reprise de l'entreprise**, nom du précédent exploitant \_\_\_\_\_

Nature juridique de la reprise \_\_\_\_\_ CCN appliquée \_\_\_\_\_  
 Ancien N° SIREN [ ]

**Expert-comptable** : nom de votre Expert-Comptable \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal [ ] Ville \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

**RÉGIME FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE (OPTIONNEL)**

Je demande à souscrire au dispositif complémentaire en faveur de la totalité du personnel salarié visées ci-dessous 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<br>(une cotisation unique quelle que soit la composition familiale) | Salarié - Famille<br>(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 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 01/04/2018 | RÉGIME GÉNÉRAL |                      |                   |          | RÉGIME ALSACE MOSELLE |                      |                   |                       |
|--|----------------|----------------------|-------------------|----------|-----------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|
|  | Salarié seul   | Tarif unique famille | Salarié - Famille |          | Salarié seul          | Tarif unique famille | Salarié - Famille |                       |
|  |                |                      | Salarié           | famille  |                       |                      | Salarié           | Salarié et sa famille |
| CCN BASE FAMILLE                             | -              | 80,53 €              | 28 € *            | 119,12 € | -                     | 57,92 €              | 20 € *            | 85,20 €               |
| CCN + SURCO A                                | 35 €           | 104,53 €             | 35 €              | 147,12 € | 27 €                  | 81,92 €              | 27 €              | 113,20 €              |
| CCN + SURCO B                                | 50 €           | 140,53 €             | 50 €              | 192,12 € | 42 €                  | 117,92 €             | 42 €              | 158,20 €              |
| CCN + SURCO C                                | 58 €           | 164,53 €             | 58 €              | 219,12 € | 50 €                  | 141,92 €             | 50 €              | 185,20 €              |

\* 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 Hôtels - Cafés - Restaurant souscrit au préalable auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, 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.**

**PIÈCES À JOINDRE**

- Extrait de Kbis de moins de 3 mois.
  - Justificatif d'identité du représentant légal.
  - Si le signataire de la demande d'adhésion n'est pas le représentant légal de l'entreprise, le mandat reçu de ce dernier lui donnant le pouvoir d'engager l'entreprise ainsi que son justificatif d'identité.
- Je reconnais avoir pris connaissance de la Fiche d'information et de conseil fournie et 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 :

**AFFILIATION DES SALARIÉS**

COLONNA FACILITY 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.cofacility.fr](http://www.cofacility.fr)

Le présent contrat vous est proposé par Association de Moyens Assurances (AMA) association régie par la loi du 1er juillet 1901, Siren n° 812986289, ORIAS n° 16000160, [www.orias.fr](http://www.orias.fr), dont le siège social est sis 21 rue Laffitte - 75009 Paris en qualité de Mandataire d'assurances de l'opérateur Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale. Si vous le souhaitez, AMA peut vous communiquer sur simple demande le nom des entreprises d'assurances mandantes. En cas de réclamation, vous pouvez adresser une demande écrite au Service Réclamations Entreprises Assurance- 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com). Vous pouvez vous adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des institutions de Prévoyance - CTIP) à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale (CTIP) 10 rue Cambacérés, 75008 Paris ou par voie électronique <http://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>. Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) sisé 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09. L'(Les) assureur(s) du(es) contrat(s) proposé(s) est (sont) : Malakoff Humanis Prévoyance : Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - 21 rue Laffitte, 75009 Paris.

- MALAKOFF HUMANIS Prévoyance : Institution de prévoyance de Malakoff Humanis régie par le Livre IX du code de la Sécurité sociale située 21 rue Laffitte, 75009 PARIS - N° SIREN 775 691 181
- KLESIA Prévoyance : Institution de prévoyance de Klésia régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS
- AUDIENS Prévoyance : Institution de prévoyance du groupe Audiens régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES

**TABEAU 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 remboursés par la Sécurité sociale 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 *   |
|---|--|--|--|--|--|
| <b>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE</b>   | Frais et Honoraires chirurgicaux   | TM + 230 % BRSS<br>TM + 100 % BRSS                                 | TM + 380 % BRSS<br>TM + 100 % BRSS                                 | TM + 430 % BRSS<br>TM + 100 % BRSS                                 | TM + 380 % BRSS<br>TM + 100 % BRSS                                 |
|   | • Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée                     | 110 % BRSS   | 400 % BRSS   | 400 % BRSS   | 400 % BRSS   |
|   | • Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée                 | 100 % de la participation forfaitaire (sans limitation de durée)   | 100 % de la participation forfaitaire                              | 100 % de la participation forfaitaire                              | 100 % de la participation forfaitaire                              |
|   | • Frais de séjour  | 50 € par nuité   | 50 € par nuité   | 80 € par nuité   | 120 € par nuité  |
|   | • Forfait journalier hospitalier (hors forfait de nuit)                                    | 15 € par jour  | 30 € par jour  | 55 € par jour  | 65 € par jour  |
|   | • Chambre particulière de nuit   | —  | —  | 50 € par jour  | 80 € par jour  |
|   | • Chambre particulière de jour (CPA)   | —  | —  | 50 € par jour  | 80 € par jour  |
|   | • Frais de lit d'accompagnement  | —  | —  | 125 € / an   | 150 € / an   |
|   | • Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro                                     | —  | —  | —  | —  |
|   | • Consultations - Visites de généralistes et spécialistes                                  | TM + 20 % BRSS   | TM + 50 % BRSS   | TM + 270 % BRSS  | TM + 270 % BRSS  |
| • Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée  | TM   | TM + 30 % BRSS   | TM + 100 % BRSS  | TM + 100 % BRSS  |  |
| • Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée  | —  | —  | —  | —  |  |
| <b>MÉDECINE COURANTE</b>  | Actes de chirurgie - Actes techniques médicaux   | TM + 20 % BRSS   | TM + 50 % BRSS   | TM + 270 % BRSS  | TM + 270 % BRSS  |
|   | • Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée                     | TM   | TM + 30 % BRSS   | TM + 100 % BRSS  | TM + 100 % BRSS  |
|   | • Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée                 | —  | —  | —  | —  |
|   | Analyses médicales - Imagerie médicale, radiologie, échographie                            | TM   | TM   | TM   | TM   |
|   | • Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée                     | TM   | TM   | TM   | TM   |
|   | • Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée                 | —  | —  | —  | —  |
|   | • Auxiliaires médicaux   | TM   | TM   | TM   | TM   |
|   | • Prothèses remboursées par la Sécurité sociale 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                                     | 300 € / an / bénéficiaire  | 300 € / an / bénéficiaire  | 300 € / an / bénéficiaire  | 300 € / an / bénéficiaire  |
| • Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncteur, pédicure-podologue, non remboursée par la Sécurité sociale | —  | —  | —  | —  |  |
| • Diététicien, psychologue, psychomotricien non remboursé par la Sécurité sociale                                 | —  | —  | —  | —  |  |
| <b>PHARMACIE</b>  | • Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale   | TM   | TM   | TM   | TM   |
|   | • Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale                                 | —  | —  | —  | —  |
| <b>DENTAIRE</b>   | • 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 Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant) | 240 % BRSS   | 300 % BRSS   | 350 % BRSS   | 450 % BRSS   |
|   | • Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (1)                          | 166 % BRSS   | 266 % BRSS   | 300 % BRSS   | 450 % BRSS   |
|   | • Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale   | 100 % BRSS   | 200 % BRSS   | 300 % BRSS   | 400 % BRSS   |
|   | • Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (2)                                   | —  | —  | —  | —  |
|   | • Implants dentaires (hors prothèse dentaire) - Maxi 2 par an                              | —  | —  | —  | —  |
|   | Forfait par verre - selon la dioptrie (3)  | 160 €  | 160 €  | 160 €  | 180 €  |
|   | • Unifocaux - de 0 à 4   | 185 €  | 185 €  | 185 €  | 185 €  |
|   | • Multifocaux - de 4,25 à 6  | 222 €  | 222 €  | 222 €  | 250 €  |
| • Unifocaux - de 6,25 à 8   | 277 €  | 277 €  | 277 €  | 300 €  |  |
| • Multifocaux 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 €  |  |
| • Monture (3)   | 100 €  | 100 €  | 100 €  | 100 €  |  |
| <b>OPTIQUE</b>  | • Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)          | 250 € / an / bénéficiaire (minimum TM)                             | 250 € / an / bénéficiaire (minimum TM)                             | 250 € / an / bénéficiaire (minimum TM)                             | 300 € / an / bénéficiaire (minimum TM)                             |
|   | • Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)      | —  | —  | —  | —  |
| <b>CURES THERMALES</b>  | • Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale (4)                          | —  | —  | —  | —  |
|   | • Remboursées par la Sécurité sociale  | TM   | TM   | TM   | TM   |
| <b>MATERNITÉ</b>  | • 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  |
| <b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>  | • Transport remboursé par la Sécurité sociale  | TM   | TM   | TM   | TM   |
|   | • Tous moyens de contraception prescrits non remboursés par la Sécurité sociale            | 3 % PMSS / an / bénéficiaire                                       | 3 % PMSS / an / bénéficiaire                                       | 3 % PMSS / an / bénéficiaire                                       | 4 % PMSS / an / bénéficiaire                                       |
| <b>ACTES DE PRÉVENTION</b>  | • Sevrage tabagique (patches inscrits sur la liste de la Sécurité Sociale)                 | 80 € / an / bénéficiaire   | 95 € / an / bénéficiaire   | 120 € / an / bénéficiaire  | 150 € / an / bénéficiaire  |
|   | • Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (5)  | Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent (minimum TM) | Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent (minimum TM) | Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent (minimum TM) | 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 DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).  
 (1) Reconstitué sur une BRSS à 107,50 € – (2) Assuré de moins de 25 ans / reconstitué 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 oeil) par an et par bénéficiaire – (5) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur amelif.fr).