

A RETOURNER IMPERATIVEMENT A L'ORGANISME ASSUREUR COMPETENT
(Informations disponibles sur www.hcrsante.fr ou dans le document ci-joint)

INFORMATIONS ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : _____ SIGLE : _____ FORME JURIDIQUE : _____

DATE DE CREATION : _____ DENOMINATION COMMERCIALE : _____ GROUPE COMMERCIAL : _____

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL : _____ FAX : _____ ACTIVITE PRINCIPALE : _____

N° SIRET : _____ CODE APE (NORME NAF) : _____ CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUEE : _____

EFFECTIF CADRE : EFFECTIF NON CADRE :

IDENTITE DU DIRIGEANT : NOM / PRENOM : _____ STATUT : SALARIE NON SALARIE

EN CAS DE REPRISE DE L'ENTREPRISE : NATURE JURIDIQUE DE LA REPRISE : _____

ANCIENNE DENOMINATION _____ ANCIEN° SIRET _____

Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____, ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande à adhérer, auprès de l'Institution de Prévoyance compétente au :

REGIME FRAIS DE SANTE CONVENTIONNEL DES HOTELS – CAFES – RESTAURANTS (obligatoire)

en faveur de la totalité du personnel salarié des catégories ci-dessous visées à effet du : ___ / ___ / _____ et aux conditions suivantes :

CADRES NON CADRES

(Cochez obligatoirement les 2 cases ci-dessus si vous ne bénéficiez pas d'un régime conforme auprès d'un autre assureur pour l'une de ces catégories)

	MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE	
	Régime général	Régime Alsace Moselle
GARANTIE FRAIS DE SANTE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	32 €	22,90 €
Condition d'ancienneté	La cotisation est due après un mois civil complet d'emploi dans l'entreprise adhérente	
Répartition de la cotisation du régime obligatoire salarié CCN HCR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50% salarié ▪ 50% employeur 	

REGIME FRAIS DE SANTE COMPLEMENTAIRE (optionnel)

Je demande à souscrire au dispositif complémentaire en faveur de la totalité du personnel salarié des catégories ci-dessous visées à effet du : ___ / ___ / _____, en vertu de : D'UNE CONVENTION OU ACCORD COLLECTIF D'UN REFERENDUM D'UNE DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR

et aux conditions suivantes :

	REGIME GENERAL				REGIME ALSACE MOSELLE				
	Cotisation mensuelle dont base CCN 32 €				Cotisation mensuelle dont base CCN 22,90 €				
	SALARIES		SALARIES & AYANTS DROIT		SALARIES		SALARIES & AYANTS DROIT		
	CADRE	NON CADRE			CADRE	NON CADRE			
CCN HCR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64,00 €
CCN + Surco 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78,00 €
CCN + Surco 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86,00 €
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46,00 €
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58,00 €
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66,00 €

Ces garanties ne peuvent être adoptées qu'en complément du régime conventionnel 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.

En cas de souscription à un régime frais de santé complémentaire, l'affiliation au dit régime est alors obligatoire : pour les seuls salariés ou pour les salariés et leurs ayants droit sur la base d'une cotisation unique quelle que soit la situation de famille.

Je reconnais avoir reçu les Conditions générales :

- du régime frais de santé conventionnel obligatoire de la CCN des Hôtels – Cafés – Restaurants, comportant les conditions d'assurance prévues par l'accord de Branche et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.
- du régime frais de santé complémentaire, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

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

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 SALARIES

GPS Gestion 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.opam.fr.

**TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS DU REGIME FRAIS DE SANTE CONVENTIONNEL DES HOTELS, CAFES, RESTAURANTS
ET DES REGIMES COMPLEMENTAIRES**

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 forfait maternité 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.

Les salariés ayant un mois civil complet d'emploi dans l'Entreprise Adhérente bénéficient des garanties de façon rétroactive pour les soins engagés à compter de leur date d'embauche sauf pour les frais d'optique et dentaire.

NATURE DES FRAIS	CCN HCR Santé (en complément de la SS)	BASE CCN + SURCO 1 (en complément de la SS)	BASE CCN + SURCO 2 (en complément de la SS)
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE - Frais et honoraires chirurgicaux - Frais de séjour - Forfait hospitalier - Chambre particulière - Frais de lit accompagnant	110% BRSS 110% BRSS 100% des frais réels 25 € par jour 15 € par jour	200% BRSS 200% BRSS 100% des frais réels 35 € par jour 20 € par jour	400% BRSS 400% BRSS 100% des frais réels 50 € par jour 30 € par jour
MEDECINE COURANTE - Consultations, Visites de généralistes et spécialistes - Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux - Analyses médicales - Radiologie - Auxiliaires médicaux - Prothèses autres que dentaires - Petit appareillage - Ostéopathie, chiropractie, étiopathie	30% BRSS 30% BRSS 40% BRSS 30% BRSS 40% BRSS 65% BRSS 100% BRSS 20 € / consultation (remboursement limité à 80 € / an)	50% BRSS 50% BRSS 40% BRSS 30% BRSS 40% BRSS 65% BRSS 100% BRSS 20 € / consultation (remboursement limité à 80 € / an)	80% BRSS 80% BRSS 40% BRSS 30% BRSS 40% BRSS 65% BRSS 100% BRSS 20 € / consultation (remboursement limité à 80 € / an)
PHARMACIE - Frais pharmaceutiques	100% du ticket modérateur	100% du ticket modérateur	100% du ticket modérateur
DENTAIRE - Soins dentaires - Inlays, Onlays - Prothèses dentaires prises en charge par la SS - Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (pilier de bridge sur dent saine, à l'exception des implants) - Orthodontie acceptée par la SS - Orthodontie non prise en charge par la SS (assuré de moins de 25 ans)	30% BRSS 200% BRSS 200% BRSS 200% BRSS reconstituée sur la base d'un SPR 50 166% BRSS 100% BRSS reconstituée sur la base d'un TO 90	30% BRSS 250% BRSS 250% BRSS 250% BRSS sur la base d'un SPR 50 216% BRSS 150% BRSS sur la base d'un TO 90	30% BRSS 300% BRSS 300% BRSS 300% BRSS sur la base d'un SPR 50 266% BRSS 200% BRSS sur la base d'un TO 90
OPTIQUE - Verres (par verre) - Monture - Lentilles correctrices prises en charge par la SS (y compris jetables) - Lentilles correctrices non prises en charge par la SS (y compris jetables)	3,5% PMSS + en fonction de la correction du verre : Unifocaux (selon la dioptrie) • de 0 à 4 : + 1,75% PMSS • de 4,25 à 6 : + 2,65% PMSS • de 6,25 à 8 : + 3,50% PMSS • à partir de 8,25 : + 5,25% PMSS Multifocaux (selon la dioptrie) • de 0 à 4 : + 4,40% PMSS • de 4,25 à 6 : + 5,60% PMSS • de 6,25 à 8 : + 5,95% PMSS • à partir de 8,25 : + 6,30% PMSS 100 € tous les 2 ans / bénéficiaire 126 € / an / bénéficiaire 126 € / an / bénéficiaire	3,5% PMSS + en fonction de la correction du verre : Unifocaux (selon la dioptrie) • de 0 à 4 : + 1,75% PMSS • de 4,25 à 6 : + 2,65% PMSS • de 6,25 à 8 : + 3,50% PMSS • à partir de 8,25 : + 5,25% PMSS Multifocaux (selon la dioptrie) • de 0 à 4 : + 4,40% PMSS • de 4,25 à 6 : + 5,60% PMSS • de 6,25 à 8 : + 5,95% PMSS • à partir de 8,25 : + 6,30% PMSS 140 € tous les 2 ans / bénéficiaire 140 € / an / bénéficiaire 140 € / an / bénéficiaire	3,5% PMSS + en fonction de la correction du verre : Unifocaux (selon la dioptrie) • de 0 à 4 : + 1,75% PMSS • de 4,25 à 6 : + 2,65% PMSS • de 6,25 à 8 : + 3,50% PMSS • à partir de 8,25 : + 5,25% PMSS Multifocaux (selon la dioptrie) • de 0 à 4 : + 4,40% PMSS • de 4,25 à 6 : + 5,60% PMSS • de 6,25 à 8 : + 5,95% PMSS • à partir de 8,25 : + 6,30% PMSS 160 € tous les 2 ans / bénéficiaire 190 € / an / bénéficiaire 190 € / an / bénéficiaire
CURES THERMALES acceptées par la SS, y compris transport et hébergement	100% du ticket modérateur	100% du ticket modérateur	100% du ticket modérateur
MATERNITE - Forfait maternité ou adoption - Chambre particulière (8 jours maximum)	8% PMSS / enfant 1,5% PMSS / jour	8% PMSS / enfant 1,5% PMSS / jour	8% PMSS / enfant 2% PMSS / jour
AUTRES REMBOURSEMENTS - Transport accepté - Pilule et patch contraceptif non remboursés	35% BRSS 1% PMSS / an / bénéficiaire	35% BRSS 1% PMSS / an / bénéficiaire	35% BRSS 1% PMSS / an / bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION - Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale) - Remboursement des actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la Sécurité sociale	80 € / an / bénéficiaire pris en charge au titre du poste dont ils relèvent	90 € / an / bénéficiaire pris en charge au titre du poste dont ils relèvent	95 € / an / bénéficiaire pris en charge au titre du poste dont ils relèvent

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale