

# BULLETIN D'ADHÉSION

## RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ CCN DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT DÛMENT COMPLÉTÉ À :  
KLESIA PRÉVOYANCE – ENTREPRISE 3-5 –  
CS 30027 – 93108 MONTREUIL CEDEX

Zone réservée

N° SIREN \_\_\_\_\_

N° Entreprise \_\_\_\_\_

Code apporteur \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

#### Entreprise

Entreprise (Raison sociale) \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_

Forme juridique \_\_\_\_\_ Adresse du siège social \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Numéro de Siret \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_ Code NAF (ex-APE) \_\_\_\_\_

Activité principale \_\_\_\_\_ CCN appliquée \_\_\_\_\_ N°IDCC \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nombre de salariés \_\_\_\_\_ Non cadres<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Cadres<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Le cas échéant, nom du précédent exploitant \_\_\_\_\_

Nature juridique de la reprise \_\_\_\_\_ Ancien N° Siret \_\_\_\_\_

**Expert-comptable** Nom de votre Expert-Comptable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

### ADHÉSION AU RÉGIME CONVENTIONNEL (régime collectif à adhésion obligatoire)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), déclare adhérer au régime conventionnel de Frais de santé de la CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES auprès de KLESIA Prévoyance, en faveur de la totalité du personnel Non cadres<sup>1</sup> et/ou Cadres<sup>2</sup>, à effet du \_\_\_\_\_.

Non cadres<sup>1</sup>  Cadres<sup>2</sup> Veuillez cocher la ou les cases correspondantes à votre choix.

Veuillez indiquer le choix du régime retenu (voir tableaux au verso de ce document)

**Choix 1**  **Choix 2**  **Choix 3**

Les options 1 et 2, présentes dans l'accord, peuvent être souscrites individuellement par le salarié, si celles-ci ne font pas partie du régime collectif obligatoire mis en place par l'entreprise.

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du contrat d'assurance collective du régime Frais de santé conventionnel obligatoire de la CCN du Négoce en Fournitures Dentaires. La présente adhésion prend effet après acceptation de KLESIA Prévoyance, constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet. La Notice d'information sera mise à disposition sur votre espace client et devra être remise à chaque salarié concerné.

#### Pièces à joindre :

- Extrait Kbis de moins de 3 mois
- Si le signataire du bulletin 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 qu'un justificatif d'identité du signataire du bulletin d'adhésion.
- Un justificatif d'identité du représentant légal.

CACHET DE L'ENTREPRISE ET SIGNATURE DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK), ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégués de gestion et partenaires commerciaux. Vos données sont collectées, dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion administrative de votre dossier, et à des fins d'information sur les offres, produits et services de KLESIA (AMK), et de ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe. Vos données sont également collectées en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance. Vos données personnelles seront conservées tout au long de la durée de la relation contractuelle et conformément aux durées de prescription légales. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement et le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. KLESIA (AMK) prend les mesures conformes à l'état de l'art afin, d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur. En cas de désaccord concernant l'utilisation que nous faisons de vos données, nous vous invitons à contacter nos services afin d'exposer vos demandes ou griefs à l'adresse suivante : KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Je souhaite être contacté par KLESIA (AMK) et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe pour recevoir des informations sur leurs offres, produits et services, Oui  / Non

Je souhaite être contacté par KLESIA (AMK) et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe pour recevoir des newsletters, Oui  / Non

1. Salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.
2. Salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

## TAUX DE COTISATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Cotisation en % du PMSS<sup>3</sup> précomptée sur le bulletin de salaire du salarié

CHOIX 1	RÉGIME CONVENTIONNEL COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE		AU CHOIX DU SALARIÉ*			
	Régime de base		Niveau 1 (facultatif)		Niveau 2 (facultatif)	
	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )
RÉGIME RATTACHÉ						
Régime général	1,44 % appelé à 1,30 % <sup>5</sup>	3,50 % appelé à 3,15 % <sup>5</sup>	+ 0,40 %	+ 0,91 %	+ 1,04 %	+ 2,42 %
Régime Alsace Moselle	0,64 % appelé à 0,58 % <sup>5</sup>	1,58 % appelé à 1,42 % <sup>5</sup>	+ 0,40 %	+ 0,91 %	+ 1,04 %	+ 2,42 %

CHOIX 2	RÉGIME CONVENTIONNEL COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE				AU CHOIX DU SALARIÉ*	
	Régime de base		Niveau 1 (obligatoire)		Niveau 2 (facultatif)	
	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )
RÉGIME RATTACHÉ						
Régime général	1,44 % appelé à 1,30 % <sup>5</sup>	3,50 % appelé à 3,15 % <sup>5</sup>	+ 0,33 %	+ 0,77 %	+ 0,58 %	+ 1,37 %
Régime Alsace Moselle	0,64 % appelé à 0,58 % <sup>5</sup>	1,58 % appelé à 1,42 % <sup>5</sup>	+ 0,33 %	+ 0,77 %	+ 0,58 %	+ 1,37 %

CHOIX 3	RÉGIME CONVENTIONNEL COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE			
	Régime de base		Niveau 2 (obligatoire)	
	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )	ISOLÉ <sup>4</sup> (salarié seul)	FAMILLE <sup>4</sup> (salarié + conjoint <sup>6</sup> + enfants à charge <sup>7</sup> )
RÉGIME RATTACHÉ				
Régime général	1,44 % appelé à 1,30 % <sup>5</sup>	3,50 % appelé à 3,15 % <sup>5</sup>	+ 0,83 %	+ 1,93 %
Régime Alsace Moselle	0,64 % appelé à 0,58 % <sup>5</sup>	1,58 % appelé à 1,42 % <sup>5</sup>	+ 0,83 %	+ 1,93 %

(\*) et à la charge exclusive du salarié ; accessible au salarié via un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'entreprise

3. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

4. Les salariés devront obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

5. Taux d'appel à 90 % des taux conventionnels du 01/01/2016 au 31/12/2019 hormis en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou désengagement de la Sécurité sociale.

6. Sont également considérés comme conjoints les partenaires de PACS et concubins.

7. Tels que définis dans l'accord.

Assurez-vous d'avoir bien reporté votre choix sur le recto de ce document

# Garanties Frais de santé

en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Les remboursements sont exprimés sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale, hormis pour la garantie Optique.

NATURE DES ACTES	RÉGIME de base	NIVEAU 1 (y compris régime de base)	NIVEAU 2 (y compris régime de base)
<b>Hospitalisation*</b>			
Frais de séjour Établissement conventionné ou non	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Honoraires des praticiens adhérents au DPTM**	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Honoraires des praticiens non adhérents au DPTM**	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier (y compris actes lourds pratiqués dans un cabinet de ville ou centre de santé)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	45 € / jour	60 € / jour	90 € / jour
Lit accompagnant (enfant hospitalisé de moins de 16 ans)	30 € / jour	40 € / jour	60 € / jour
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Soins courants*</b>			
Consultation/visites médecins <sup>(1)</sup>	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux <sup>(1)</sup>	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie <sup>(1)</sup>	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR	200 % BR	400 % BR
<b>(1) : complément pour les médecins adhérents DPTM**</b>	<b>+30 % BR</b>	<b>+ 50 % BR</b>	<b>+ 200 % BR</b>
<b>Pharmacie*</b>			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Dentaire*</b>			
Soins dentaires (hors inlays/onlays)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires /inlays onlays remboursés par la Sécurité sociale	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Implants refusés par la Sécurité sociale (forfait annuel)	150 €	300 €	500 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	250 % BR	350 % BR	500 % BR
<b>Optique*</b>			
A - Verres dits simples avec monture***	170 €	270 €	470 €
B - Verres dits complexes avec monture***	230 €	440 €	750 €
C - Verres dits très complexes avec monture***	290 €	520 €	850 €
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale / an	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux / an)	230 €	280 €	500 €
<b>Autres*</b>			
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	400 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR	100 % BR	400 % BR
Prothèses auditives (par oreille) remboursées par la SS	100 % BR	250 €	500 €
Forfait maternité/adoption (par enfant)	150 €	200 €	300 €
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologie, psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin	-	Forfait de 150 € / an	Forfait de 400 € / an
Pharmacie prescrite non remboursée	-	Forfait de 75 € / an	Forfait de 200 € / an
Assistance		Inclus	

**FR** : Frais Réels.

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés).

\* Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables - prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale.

\*\* DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

\*\*\* L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans sauf évolution de la vision médicalement constatée et hors enfant de moins de 18 ans. Dans ces deux cas, il est fait application d'un remboursement tous les ans.

La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des 2 niveaux de remboursement.

« Verres simples » : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« Verres complexes » : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

« Verres très complexes » : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

