

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION COMPLEMENTAIRE SANTE

NON CADRE

RAISON SOCIALE CROISIEUROPE Adresse _____ _____	CADRE RESERVE A ROEDERER CODE 263.997 N° Assuré
--	--

COORDONNEES DU SALARIE	
Nom Prénom Nom de jeune fille Né(e) le:	
N° Sécurité Sociale Régime Séc.Soc. Local <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/>	
Adresse N° Rue Code Postal Bureau distributeur Téléphone N° Votre adresse e-mail	

OPTION : <u>merci de préciser l'option retenue</u>		
Option BASE <input type="checkbox"/>	Option 1 <input type="checkbox"/>	Option 2 <input type="checkbox"/>

FAMILLE DE LA PERSONNE A ASSURER					
	NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité Sociale
Conjoint/concubin					
1 ^{er} enfant					
2 ^{ème} enfant					
3 ^{ème} enfant					
4 ^{ème} enfant*					

* Au delà du 4^{ème} enfant, donner les informations sur papier libre.

TELETRANSMISSION		
Souhaitez-vous bénéficier de la télétransmission (Noémie) des décomptes ?		
Pour le salarié Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pour le conjoint / le concubin Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pour les enfants Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

- | PIECES A JOINDRE |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Un relevé d'identité bancaire ● Une photocopie de votre attestation de droits accompagnant votre carte Vitale (et celle de votre conjoint et/ou celle de vos enfants, si le n° de Sécurité Sociale est différent du vôtre)
De nouvelles attestations peuvent être retirées aux bornes Sécurité Sociale à l'aide de votre carte Vitale ● Pour les concubins, un certificat de vie commune ou une attestation sur l'honneur ● Copie du jugement du tribunal pour les partenaires liés par un PACS ● Pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant des études, un certificat de scolarité ou d'apprentissage |

Fait à, le <i>Signature de la personne à assurer précédée de la mention "Lu et Approuvé".</i>
--

CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Contrat frais de santé / Collège « non cadres »

Garanties	Option de base	Option 1	Option 2
Hospitalisation			
Secteur conventionné	100% FR	100% FR	100% FR
Secteur non conventionné	90% FR	90% FR	90% FR
Forfait hospitalier	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
Chambre particulière			
Secteur conventionné	100% FR	100% FR	100% FR
Secteur non conventionné	5% PMSS/jour (soit 163,45 €)	5% PMSS/jour (soit 163,45 €)	5% PMSS/jour (soit 163,45 €)
Transport accepté	TM	TM	TM
Pharmacie remboursée à 65% et 35%	TM	TM	TM
Soins médicaux			
Frais médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses non dentaires			
Prothèses médicales	200% BR	250% BR	300% BR
Orthopédie	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses auditives acceptées	200% BR	250% BR	300% BR
Dentaire			
Soins dentaires	60% BR	80% BR	100% BR
Prothèses dentaires	300% BR	350% BR	400% BR
Orthodontie acceptée	300% BR	350% BR	400% BR
Optique			
Verres et monture	7% PMSS (soit 228,83 €)	10% PMSS (soit 326,90 €)	12% PMSS (soit 392,28 €)
Lentilles acceptées ou refusées	7% PMSS (soit 228,83 €)	10% PMSS (soit 326,90 €)	12% PMSS (soit 392,28 €)
Prestations diverses			
Cures thermales acceptées	10% PMSS (soit 326,90 €)	12% PMSS (soit 392,28 €)	15% PMSS (soit 490,35 €)
Natalité	10% PMSS (soit 326,90 €)	12% PMSS (soit 392,28 €)	15% PMSS (soit 490,35 €)
Frais d'obsèques	100% PMSS (soit 3 269,00 €)	100% PMSS (soit 3 269,00 €)	100% PMSS (soit 3 269,00 €)
Assistance	Incluse	Incluse	Incluse

Les prestations sont versées en complément de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels.

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : frais réels

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale ; soit 3 269 € en 2017

TM : ticket modérateur