

# MACSF santé entreprises

Bulletin individuel  d'adhésion  de modification  
À retourner complété à votre employeur

à remplir par  
**LE SALARIÉ**

## Cadre réservé à l'employeur

### Employeur

N° de contrat

Raison sociale de l'entreprise : .....

Adresse : .....

..... Code postal

Ville : .....

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise

Date d'adhésion du salarié au contrat MACSF santé entreprises

Statut du salarié  cadre  non cadre

Formule retenue  SANTÉ ESSENTIEL  SANTÉ CONFORT

SANTÉ OPTIMUM

Cotisation retenue  Adulte/Enfant  Famille

Âge moyen de l'effectif assuré  < 30  30 à 44  45 à 59  ≥ 60 ans

Option proposée  Confort  Optimum  aucune  
(à la charge du salarié)

### Salarié

N° de sociétaire

Mme  M.

(Si déjà assuré MACSF)

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance

Lieu de naissance : ..... Département\*

Pays de naissance : .....

\*Si vous êtes né(e) à l'étranger, indiquez le pays de naissance et 99 en code département.

N° de sécurité sociale

CPAM  autre : .....

Situation de famille  célibataire  marié(e)  pacsé(e)

concubin  autre : .....

Adresse : .....

..... Code postal

Ville : .....

Profession : .....

Tél privé

Tél portable

E-mail : .....@.....

**Si vous n'êtes pas déjà sociétaire et afin de bénéficier de nos offres promotionnelles, merci de cocher la case suivante :  j'accepte de recevoir des offres commerciales des sociétés du groupe MACSF, par mail ou SMS.**

### Vos ayants droit à affilier

Votre conjoint : .....

Né(e) le

N° de sécurité sociale

CPAM  autre : .....

1<sup>er</sup> enfant\* : .....  F  M

Né(e) le   CPAM  autre

2<sup>ème</sup> enfant\* : .....  F  M

Né(e) le   CPAM  autre

3<sup>ème</sup> enfant\* : .....  F  M

Né(e) le   CPAM  autre

4<sup>ème</sup> enfant\* : .....  F  M

Né(e) le   CPAM  autre

5<sup>ème</sup> enfant\* : .....  F  M

Né(e) le   CPAM  autre

\*Enfant de moins de 25 ans et fiscalement à charge.

## Informations complémentaires

Vous bénéficiez de la télétransmission informatique des décomptes du régime obligatoire (RO).

### IMPORTANT

Si votre conjoint, concubin ou pacsé bénéficie déjà d'un autre contrat santé géré chez un autre assureur, il convient de nous préciser s'il ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission à partir du présent contrat. À défaut, la télétransmission sera mise en place automatiquement.

Mon conjoint ne souhaite pas la mise en place de la télétransmission sur le présent contrat.

## Règlement des prestations

• Le remboursement des prestations s'effectue par virement automatique sur le compte suivant (BIC/IBAN à renseigner obligatoirement ci-dessous) :

BIC

IBAN

### IMPORTANT

**Vous devez joindre obligatoirement au présent bulletin individuel d'adhésion daté et signé :**

- la ou les copie(s) de l'attestation ou des attestations de droits délivrée(s) par chacun des régimes obligatoires (CPAM ou autre) où figurent les assurés enregistrés au contrat,
- le relevé d'identité bancaire du compte renseigné ci-dessus.

J'atteste avoir pris connaissance de la notice d'information et du tableau des garanties qui m'ont été remis par mon employeur.

Je reconnais être informé(e) que toute omission ou déclaration inexacte entraînerait la nullité ou la réduction de l'assurance (articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances).

Fait à : ....., le

Signature du salarié (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cachet de l'entreprise

Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données nominatives le concernant qui figurent sur tout fichier informatique en écrivant à l'adresse suivante : MACSF - Direction Juridique - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 LA DEFENSE CEDEX. Les données nominatives recueillies sont nécessaires à la gestion des contrats et à l'exécution des services souscrits. Par ailleurs et sauf opposition de votre part, ces données pourront être communiquées par la MACSF aux autres sociétés du Groupe MACSF, ainsi qu'à ses partenaires, à des fins de prospection commerciale.

# MACSF santé entreprises

## Bulletin individuel d'adhésion facultative du salarié à l'option Confort ou à l'option Optimum À compléter si vous souhaitez souscrire modifier une option facultative

### Option facultative

- option Confort (vous pouvez choisir cette option si votre employeur a retenu la formule SANTÉ ESSENTIEL).
- option Optimum (vous pouvez choisir cette option si votre employeur a retenu la formule SANTÉ ESSENTIEL ou SANTÉ CONFORT).

L'option choisie s'applique pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat obligatoire.

### DATE D'EFFET SOUHAITÉE

/  /  (au plus tôt à la date d'effet du contrat obligatoire ou à la date d'entrée dans l'entreprise, si la demande est faite dans les 30 jours suivant cette date. Au 1<sup>er</sup> janvier suivant la demande dans tous les autres cas).

### COTISATION

La cotisation de l'option facultative est entièrement à votre charge. Elle sera prélevée par votre employeur sur votre bulletin de salaire.

Le type de cotisation Adulte/Enfant ou Famille **doit être conforme au choix retenu par votre employeur** pour le contrat obligatoire<sup>1</sup>. Son montant est exprimé ci-dessous en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale<sup>2</sup>.

1 - Voir au recto dans l'encadré renseigné par l'employeur. 2 - Montant indicatif du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale au 01/01/2016 : 3 218 €.

### Options Confort et Optimum

CHOIX OPTION intégralement à votre charge	MONTANT COMPLÉMENTAIRE MENSUEL DE VOTRE COTISATION TTC DE L'OPTION CHOISIE EN FONCTION DE L'ÂGE MOYEN DE L'EFFECTIF ASSURÉ DE VOTRE ENTREPRISE				
	TYPE DE COTISATION	Moins de 30 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 ans et plus
<b>Votre employeur a retenu la Formule SANTÉ ESSENTIEL</b>					
Option Confort	Adulte/Enfant	+ 0,26 % / + 0,25 %	+ 0,54 % / + 0,25 %	+ 0,88 % / + 0,25 %	+ 1,34 % / + 0,25 %
	ou Famille	+ 0,57 %	+ 1,08 %	+ 1,70 %	+ 2,50 %
Option Optimum	Adulte/Enfant	+ 0,40 % / + 0,35 %	+ 0,77 % / + 0,35 %	+ 1,28 % / + 0,35 %	+ 1,81 % / + 0,35 %
	ou Famille	+ 0,93 %	+ 1,61 %	+ 2,56 %	+ 3,56 %
<b>Votre employeur a retenu la Formule SANTÉ CONFORT</b>					
Option Optimum	Adulte/Enfant	+ 0,14 % / + 0,10 %	+ 0,23 % / + 0,10 %	+ 0,40 % / + 0,10 %	+ 0,46 % / + 0,10 %
	ou Famille	+ 0,36 %	+ 0,53 %	+ 0,86 %	+ 1,06 %

### Informations tarifaires concernant vos ayants droits si votre employeur a choisi la cotisation Adulte/Enfant avec adhésion facultative des ayants droits

intégralement à votre charge	MONTANT COMPLÉMENTAIRE MENSUEL DE VOTRE COTISATION TTC EN FONCTION DE L'ÂGE MOYEN DE L'EFFECTIF ASSURÉ DE VOTRE ENTREPRISE				
	TYPE DE COTISATION	Moins de 30 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 ans et plus
<b>Votre employeur a retenu la Formule SANTÉ ESSENTIEL</b>					
Affiliation de vos ayants droit	Adulte/Enfant	+ 0,80 % / + 0,65 %	+ 1,10 % / + 0,65 %	+ 1,42 % / + 0,65 %	+ 1,92 % / + 0,65 %
<b>Votre employeur a retenu la Formule SANTÉ CONFORT</b>					
Affiliation de vos ayants droit	Adulte/Enfant	+ 1,06 % / + 0,90 %	+ 1,65 % / + 0,90 %	+ 2,30 % / + 0,90 %	+ 3,26 % / + 0,90 %
<b>Votre employeur a retenu la Formule SANTÉ OPTIMUM</b>					
Affiliation de vos ayants droit	Adulte/Enfant	+ 1,20 % / + 1,00 %	+ 1,87 % / + 1,00 %	+ 2,70 % / + 1,00 %	+ 3,73 % / + 1,00 %

J'atteste avoir pris connaissance de la notice d'information, du tableau des garanties et de la cotisation correspondant à l'option choisie, ainsi que de mon droit à renonciation.

Fait à : ....., le  /  /

Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données nominatives le concernant à l'adresse suivante : MACSF - Direction Juridique - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 LA DÉFENSE CEDEX. Les données nominatives recueillies sont nécessaires à la gestion des contrats et à l'exécution des services souscrits. À ce titre, la MACSF communiquera des données le concernant à ses prestataires, mandataires et réassureurs pour les besoins des contrats. Sauf opposition, ces données pourront être communiquées aux autres sociétés du Groupe MACSF, ainsi qu'à ses partenaires, à des fins de prospection commerciale.

Signature du salarié (précédée de la mention « lu et approuvé »)

# MACSF santé entreprises

## Tableau des garanties

GARANTIES / REMBOURSEMENTS*	SANTÉ ESSENTIEL	SANTÉ CONFORT	SANTÉ OPTIMUM
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>			
Honoraires de généralistes ou spécialistes, actes médicaux courants, actes d'imagerie, actes d'échographie	100 %	150 % <sup>1</sup>	200 % <sup>1</sup>
Honoraires des auxiliaires médicaux, actes paramédicaux courants, actes d'orthopédie, orthophonie, orthoptie	100 %	150 %	200 %
Frais d'analyses et laboratoires	100 %	150 %	200 %
<b>PHARMACIE (médicaments remboursés par le Régime Obligatoire RO)</b>			
	100 %	100 %	100 %
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b>			
Honoraires, frais chirurgicaux, soins externes des médecins	100 %	150 % <sup>1</sup>	200 % <sup>1</sup>
Frais salle d'opération, frais de séjour	100 %	150 %	150 %
Transport du malade	100 %	150 %	150 %
Forfait hospitalier <sup>2</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière par jour <sup>3</sup>	30 €	50 €	75 €
Lit d'accompagnement par jour (enfant de - de 16 ans) avec un maximum de 30 jours par hospitalisation	-	25 €	25 €
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %
Maison de repos (maximum 30 jours par an et par bénéficiaire ayant fait l'objet d'un accord du RO)	-	-	100 %
<b>FRAIS DENTAIRES</b>			
Soins	100 %	150 %	150 %
Orthodontie	125 %	250 %	300 %
Prothèses dentaires	125 %	250 %	300 %
Implants dentaires par an et par bénéficiaire	-	400 €	700 €
Plafond de remboursement orthodontie, prothèses dentaires et implants (hors formule SANTÉ ESSENTIEL) par an et par bénéficiaire <sup>4</sup>	600 €	1 100 €	1 300 €
<b>OPTIQUE<sup>5</sup></b>			
NIVEAU 1 : Monture + 2 verres simples	100 €	150 €	250 €
NIVEAU 2 : Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	150 €	250 €	350 €
NIVEAU 3 : Monture + 1 verre simple et 1 verre ultra-complexe	200 €	250 €	350 €
NIVEAU 4 : Monture + 2 verres complexes	200 €	300 €	450 €
NIVEAU 5 : Monture + 1 verre complexe et 1 verre ultra-complexe	200 €	300 €	450 €
NIVEAU 6 : Monture + 2 verres ultra-complexes	200 €	300 €	450 €
<b>LENTILLES par an et par bénéficiaire</b>			
Lentilles remboursées par le RO	100 €	200 €	250 €
Lentilles non remboursées par le RO	-	150 €	200 €
Chirurgie réfractive (traitement de la myopie non remboursé par le RO) par œil par an et par bénéficiaire	-	250 €	400 €
<b>APPAREILLAGE/PROTHÈSES AUDITIVES/MATÉRIEL D'ORTHOPÉDIE</b>			
Appareillage, matériel d'orthopédie	100 %	150 %	200 %
Prothèses auditives remboursées par le RO	100 %	150 % + 100 € <sup>6</sup>	200 % + 200 € <sup>6</sup>
Fauteuil roulant	100 %	100 % + 300 €	100 % + 300 €
<b>CURES THERMALES ACCEPTÉES PAR LE RO (hors frais de transport)</b>			
	-	100 %	100 %
<b>SPÉCIAL FEMMES</b>			
Maternité (naissance ou adoption) par enfant	100 €	160 €	250 €
Pilules contraceptives, traitement oestro-progestatif, implants contraceptifs, par an et par bénéficiaire (non remboursés par le RO)	-	30 €	60 €
Dépistages seins, col de l'utérus	100 %	150 % <sup>1</sup>	150 % <sup>1</sup>
<b>SPÉCIAL HOMMES</b>			
Diagnostic prostate	100 %	150 % <sup>1</sup>	150 % <sup>1</sup>
<b>SPÉCIAL ENFANTS</b>			
Orthoptie	100 %	150 % <sup>1</sup>	200 % <sup>1</sup>
Consultations, diagnostic en diététique, par an et par enfant de moins de 12 ans (non remboursés par le RO)	-	45 €	60 €
<b>ACTES DE PRÉVENTION<sup>7</sup></b>			
Actes de prévention dentaire	100 %	150 % <sup>1</sup>	150 % <sup>1</sup>
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition pour les personnes âgées de + de 50 ans			
1 <sup>er</sup> bilan du langage oral chez un enfant de moins de 14 ans	100 %	150 % <sup>1</sup>	200 % <sup>1</sup>
Dépistage de l'hépatite B			
Ostéodensitométrie remboursée par le RO pour les femmes de plus de 50 ans 1 fois tous les 6 ans			

Partie détachable à conserver par le salarié.

# MACSF santé entreprises

## Tableau des garanties (suite)

Vaccins remboursés par le RO	100%	100%	100%
Dépistage tumeurs cutanées - côlon	100%	150% <sup>1</sup>	150% <sup>1</sup>
Diagnostic hypertension Holter	100%	100%	100%
<b>AUTRES PRESTATIONS DE PRÉVENTION</b>			
Dépistage cancer colorectal (test septine9) par an et par bénéficiaire (non remboursé par le RO)	-	-	50 €
Sevrage tabagique par an et par bénéficiaire (non remboursé par le RO)	20 €	30 €	40 €
Vaccins et traitements antipaludéens/an et/bénéficiaire (non remboursé par le RO)	20 €	30 €	60 €
<b>ASSISTANCE</b>	OUI	OUI	OUI

\* Tous les pourcentages exprimés au sein des tableaux se calculent par référence au tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire (RO) et en intègre le remboursement. Les forfaits et plafonds de garantie (hors optique) sont valables par bénéficiaire et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels. Votre contrat tient compte, des mesures prévues par l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, du respect du parcours de soins et de la législation des contrats responsables (article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale complété par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014). Il ne prend pas en charge les participations forfaitaires prévues à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

1 - Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité (125 % pour 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

2 - Forfait journalier facturé par les établissements de santé hors établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et hors établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

3 - Limité à 90 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en neuropsychiatrie.

4 - Les frais de soins dentaires prothétiques et soins d'orthopédie dento-faciale sont garantis à hauteur de 125 % de la BR au-delà du plafond pour toutes les formules.

5 - Tous les 2 ans par bénéficiaire de + de 18 ans (par an en cas d'évolution de la correction visuelle) et tous les ans pour les enfants de - de 18 ans. Le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €. Se référer à la grille optique pour la correspondance des niveaux.

6 - Dans la limite de 2 forfaits par an et par bénéficiaire.

7 - Pris en charge dans le cadre de la législation des contrats responsables.

Les garanties sont accordées selon la formule retenue par l'employeur et/ou l'option facultative choisie par le salarié.

GRILLE OPTIQUE	
<b>NIVEAU 1</b>	■ 2 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
<b>NIVEAU 2</b>	■ 1 verre 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 ET 1 verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou 1 verre multifocal ou progressif
<b>NIVEAU 3</b>	■ 2 verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs
<b>NIVEAU 4</b>	■ 1 verre 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 ET 1 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou 1 verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries
<b>NIVEAU 5</b>	■ 1 verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ET 1 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou 1 verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries
<b>NIVEAU 6</b>	■ 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

## Renonciation à l'option facultative

Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion à l'option CONFORT ou à l'option OPTIMUM, vous devez nous envoyer, sous un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles une lettre Recommandée avec accusé de réception à : MACSF assurances - Service Santé Collective - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 La Défense Cedex.

### Modèle de lettre de renonciation à l'option choisie

N° de contrat

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e) ....., domicilié(e) à .....

prie la MACSF assurances de bien vouloir considérer qu'à dater de ce jour, je désire renoncer à mon adhésion facultative à l'option CONFORT ou à l'option OPTIMUM souscrite en complément du contrat obligatoire mis en place par mon entreprise.

Vous voudrez bien en conséquence, effectuer dans le délai requis la restitution de l'intégralité des sommes versées à mon employeur.

Dans ce cas, je m'engage à détruire l'attestation de tiers payant qui m'a été adressée.

Fait à ....., le