

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

PHARMACIE D'OFFICINE  
IDCC : 1996

FM PHARMA cadres et non cadres

☒ Frais de santé



**Comme vous !**

---

## SANTÉ

MICILS, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Réf. : OF – SANTE – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – DA – 11/2017 – SP/17FCR0656

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)



## LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée, signée et accompagnée des documents mentionnés.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Réservé à<br/>APICIL</b> |
| <b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| <b>Un extrait K-BIS de moins de 3 mois du siège et des différents établissements</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ou à défaut le justificatif d'inscription au RCS/RM</li> <li>■ Ou à défaut la notification d'inscription INSEE</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |                             |
| La copie recto/verso de la <b>Carte Nationale d'Identité du ou des dirigeant(s)</b> ou du passeport en cours de validité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| Une <b>liste</b> , indiquant les noms, prénoms, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, adresse et date d'embauche <b>des salariés</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| <b>Les demandes individuelles d'affiliation / radiation Frais de santé</b> , avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le RIB de chaque salarié</li> <li>■ L'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié</li> <li>■ Le mandat de prélèvement SEPA pour le paiement des options facultatives par le salarié</li> </ul> <p style="font-size: small;">* La carte Tiers Payant est délivrée sous condition de réception de l'attestation de Sécurité sociale</p> |                             |
| <b>PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES SELON DOSSIER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| Pièces justificatives dans le cadre d'une <b>opération juridique</b> (reprise, fusion, absorption)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |

### SANTÉ

**MICILS**, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Réf. : OF – SANTE – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – DA – 11/2017 – SP/17FCR0656

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)



# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE



FRAIS DE SANTÉ



API0000101242

## OFFRE SECTORIELLE FM PHARMA Pharmacie d'officine IDCC 1996

Exemplaire à renvoyer au Groupe APICIL  
38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex

### Votre conseiller

Nom :

Code :

Tél. :

### Cadre réservé à la gestion

N° devis :

Date :

☐ Nouvelle adhésion

☐ Modification de garanties

### ENTREPRISE

N° SIRET :

Dénomination ou raison sociale : .....

Forme juridique : ..... Date de création de l'entreprise : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Code NACE : ..... Activité principale exercée : .....

IDCC : **1996** Convention collective appliquée par l'entreprise : **Pharmacie d'officine**

### DIRIGEANT

Nom du dirigeant : ..... Agissant en qualité de : .....

Régime social du dirigeant : ☐ SS ☐ TNS Si gérant : ☐ Majoritaire ☐ Minoritaire

Organisme de régime obligatoire : .....

### CONTACT DANS L'ENTREPRISE

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

### CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet : .....

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

### EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : .....

Effectif personnel relevant de l'AGIRC<sup>(1)</sup> : ..... Effectif personnel ne relevant pas de l'AGIRC<sup>(1)</sup> : .....

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits : .....

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats collectifs du Groupe APICIL. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et pourront être communiquées aux partenaires du Groupe APICIL afin de vous proposer des services similaires, ses prestataires intervenant dans la gestion du contrat et ses réassureurs. Vos données seront conservées pendant la durée de votre contrat ainsi que pendant la durée de prescription légale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL, service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

### SANTÉ

**MICILS**, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

Réf. : OF - SANTE - IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE - DA - 11/2017 - SP/17FCR0656

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)



# GARANTIES SANTÉ COLLECTIVE RÉSERVÉES AU PERSONNEL RELEVANT DE LA PHARMACIE D'OFFICINE (IDCC 1996)

Régime obligatoire : ☐ Régime général ☐ Régime local Alsace-Moselle

☐ **Cadres**<sup>(1)</sup> (personnel affilié à l'AGIRC) - effectif assuré : .....

| Garanties <sup>(2)</sup>               | Taux de cotisations <sup>(3)</sup> exprimés en % du salaire de référence limité à la TA + TB <sup>(4)</sup> et en % du PMSS <sup>(5)</sup> |                                            |                                    | Date d'effet demandée <sup>(6)</sup> |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|                                        | Famille au sens Sécurité sociale                                                                                                           | Famille au sens SS / Famille au sens large | Prime unique famille au sens large |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 0 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       | .... / .... / .....                  |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 1 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |

☐ **Non cadres**<sup>(1)</sup> (personnel non affilié à l'AGIRC) - effectif assuré : .....

| Garanties <sup>(2)</sup>               | Taux de cotisations <sup>(3)</sup> exprimés en % du salaire de référence limité à la TA + TB <sup>(4)</sup> et en % du PMSS <sup>(5)</sup> |                                            |                                    | Date d'effet demandée <sup>(6)</sup> |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|                                        | Famille au sens Sécurité sociale                                                                                                           | Famille au sens SS / Famille au sens large | Prime unique famille au sens large |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 0 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       | .... / .... / .....                  |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 1 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 2 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 3 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 4 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 5 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |

(1) Tel que défini dans l'accord de branche - (2) Joindre obligatoirement le barème de prestations - (3) Toutes taxes comprises en vigueur -

(4) TA : part de la rémunération inférieure au PMSS/TB : part de la rémunération comprise entre un et quatre PMSS - (5) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - (6) Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande

## CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE EN OPTION DU RÉGIME DE BASE (au choix et à la charge du salarié exclusivement – garanties et tarifs sur demande)

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Garanties complémentaires facultatives des cadres     | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option extension famille</b> (pour le conjoint non à charge au sens Sécurité sociale si votre entreprise a choisi la cotisation Famille au sens Sécurité sociale)</li> </ul>                                                                   |
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option surcomplémentaire BASE 1</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                 |
| Garanties complémentaires facultatives des non cadres | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option extension famille</b> (pour le conjoint non à charge au sens Sécurité sociale si votre entreprise a choisi la cotisation Famille au sens Sécurité sociale)</li> </ul>                                                                   |
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option surcomplémentaire BASE 1</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 2</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 3</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 4</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 5</b></li> </ul> |

## DÉCLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... reconnais avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime frais de santé obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, MICILS adressera la notice d'information relative au régime frais de santé choisi par l'entreprise. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise. Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité et que ces informations sont les seules de nature à permettre à MICILS de procéder effectivement à l'assurance de chaque salarié.

Fait à : .....  
Cachet de l'entreprise :

le : .....  
Signature\* :

\*Si le signataire est une autre personne que le représentant légal, joindre les pouvoirs.

### SANTÉ

MICILS, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Réf. : OF – SANTE – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – DA – 11/2017 – SP/17FCR0656

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)





## OFFRE SECTORIELLE FM PHARMA

**Exemplaire à conserver**

## Votre conseiller

Nom :

Code :

Tél. :

**Cadre réservé à la gestion**

N° devis :

Date :

☐ Nouvelle adhésion☐ Modification de garanties

## ENTREPRISE

N° STRET :   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Dénomination ou raison sociale : .....

Forme juridique : ..... Date de création de l'entreprise : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Code NACE : ..... Activité principale exercée : .....

IDCC : **1996** Convention collective appliquée par l'entreprise : **Pharmacie d'officine****DIRIGEANT**

Nom du dirigeant : ..... Agissant en qualité de : .....

Régime social du dirigeant : ☐ SS ☐ TNS

Si gérant : ☐ Majoritaire ☐ Minoritaire

Organisme de régime obligatoire : .....

## CONTACT DANS L'ENTREPRISE

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

## CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet : .....

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

## EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : .....

Effectif personnel relevant de l'AGIRC<sup>(1)</sup> : ..... Effectif personnel ne relevant pas de l'AGIRC<sup>(1)</sup> : .....

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits : .....

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats collectifs du Groupe APICIL. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et pourront être communiquées aux partenaires du Groupe APICIL afin de vous proposer des services similaires, ses prestataires intervenant dans la gestion du contrat et ses réassureurs. Vos données seront conservées pendant la durée de votre contrat ainsi que pendant la durée de prescription légale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL, service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## SANTÉ

**MICILS**, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Réf. : OF - SANTE - IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE - DA - 11/2017 - SP/17FCR0656

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)



# GARANTIES SANTÉ COLLECTIVE RÉSERVÉES AU PERSONNEL RELEVANT DE LA PHARMACIE D'OFFICINE (IDCC 1996)

Régime obligatoire : ☐ Régime général ☐ Régime local Alsace-Moselle

☐ **Cadres<sup>(1)</sup>** (personnel affilié à l'AGIRC) - effectif assuré : .....

| Garanties <sup>(2)</sup>               | Taux de cotisations <sup>(3)</sup> exprimés en % du salaire de référence limité à la TA + TB <sup>(4)</sup> et en % du PMSS <sup>(5)</sup> |                                            |                                    | Date d'effet demandée <sup>(6)</sup> |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|                                        | Famille au sens Sécurité sociale                                                                                                           | Famille au sens SS / Famille au sens large | Prime unique famille au sens large |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 0 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       | .... / .... / .....                  |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 1 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |

☐ **Non cadres<sup>(1)</sup>** (personnel non affilié à l'AGIRC) - effectif assuré : .....

| Garanties <sup>(2)</sup>               | Taux de cotisations <sup>(3)</sup> exprimés en % du salaire de référence limité à la TA + TB <sup>(4)</sup> et en % du PMSS <sup>(5)</sup> |                                            |                                    | Date d'effet demandée <sup>(6)</sup> |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|                                        | Famille au sens Sécurité sociale                                                                                                           | Famille au sens SS / Famille au sens large | Prime unique famille au sens large |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 0 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       | .... / .... / .....                  |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 1 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 2 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 3 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 4 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régime BASE 5 | ..... % TA/TB + ..... % PMSS                                                                                                               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS               | ..... % TA/TB + ..... % PMSS       |                                      |

(1) Tel que défini dans l'accord de branche - (2) Joindre obligatoirement le barème de prestations - (3) Toutes taxes comprises en vigueur -

(4) TA : part de la rémunération inférieure au PMSS/TB : part de la rémunération comprise entre un et quatre PMSS - (5) PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale - (6) Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande

## CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE EN OPTION DU RÉGIME DE BASE (au choix et à la charge du salarié exclusivement – garanties et tarifs sur demande)

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Garanties complémentaires facultatives des cadres     | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option extension famille</b> (pour le conjoint non à charge au sens Sécurité sociale si votre entreprise a choisi la cotisation Famille au sens Sécurité sociale)</li> </ul>                                                                   |
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option surcomplémentaire BASE 1</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                 |
| Garanties complémentaires facultatives des non cadres | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option extension famille</b> (pour le conjoint non à charge au sens Sécurité sociale si votre entreprise a choisi la cotisation Famille au sens Sécurité sociale)</li> </ul>                                                                   |
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>option surcomplémentaire BASE 1</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 2</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 3</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 4</b></li> <li><b>option surcomplémentaire BASE 5</b></li> </ul> |

## DÉCLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... reconnais avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime frais de santé obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, MICILS adressera la notice d'information relative au régime frais de santé choisi par l'entreprise. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise. Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité et que ces informations sont les seules de nature à permettre à MICILS de procéder effectivement à l'assurance de chaque salarié.

Fait à : ..... le : .....  
Cachet de l'entreprise : ..... Signature\* : .....

\*Si le signataire est une autre personne que le représentant légal, joindre les pouvoirs.

## SANTÉ

MICILS, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Réf. : OF – SANTE – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – DA – 11/2017 – SP/17FCR0656

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

