



AG2R LA MONDIALE



# Notice d'information

Régime frais de santé de base obligatoire  
et régimes facultatifs

Entreprises de travail temporaire  
et entreprises de travail temporaire  
d'insertion



Personnel intérimaire  
(avec ou sans ancienneté  
conventionnelle) et ayants droit

Garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2022

# Sommaire

Sommaire .....	2
Présentation .....	4
Votre régime de base obligatoire .....	5
Quel est l'objet du régime ? .....	10
Quel est le personnel concerné ? .....	11
Comment bénéficier de remboursements rapides ? .....	11
Quels sont les actes et frais garantis ? .....	11
Quand débute la garantie ? .....	11
Garantie de couverture .....	12
Quand cesse-t-elle ? .....	12
Peut-elle être maintenue ? .....	12
Cotisations .....	15
Vos régimes de base facultatifs .....	16
Quel est l'objet du régime ? .....	16
Quel est le personnel concerné ? .....	16
Comment bénéficier de remboursements rapides ? .....	16
Quels sont les actes et frais garantis ? .....	16
Quand débute la garantie ? .....	16
Quand cesse-t-elle ? .....	16
Quel est l'objet du régime ? .....	17
Quels sont les bénéficiaires ? .....	17
Comment affilier vos ayants droit ? .....	17
Quels sont les actes et frais garantis ? .....	17
Quand débute la garantie de vos ayants droit ? .....	18
Quand cesse-t-elle ? .....	18
Votre régime surcomplémentaire facultatif « Garantie + » .....	19
Quand débute votre garantie ? .....	24
Quand cesse votre garantie ? .....	25
Dispositions communes à vos régimes facultatifs .....	26
Durée de votre affiliation .....	26
Cotisations .....	27
Indexation .....	27
Adhésion à distance .....	27
Adhésion suite au démarchage de l'assuré .....	28
Généralités .....	30
Exclusions .....	30
Limites des garanties .....	30
Plafond des remboursements .....	31
Recours contre les tiers responsables .....	31
Prescription .....	31
Réclamations - médiation .....	31
Protection des données à caractère personnel .....	32
Autorité de contrôle .....	33

Modalités de gestion .....	34
Comment s'effectuent vos remboursements ?.....	34
Quelques informations utiles.....	41
Attestation de réception de la notice d'information .....	45
Contacteur mon centre de gestion Intérimaires santé.....	48

# Présentation

Votre entreprise a mis en place le **régime de frais de santé obligatoire** au profit des **salariés intérimaires** relevant de l'accord du 14 décembre 2015 (\*).

(\*) Modifié en dernier lieu par l'avenant n° 6 du 25 septembre 2020.

Ce régime concerne les salariés intérimaires avec ancienneté conventionnelle, à savoir le personnel ayant effectué au moins 414 heures de travail dans une ou plusieurs entreprises de la Branche, au cours des 12 derniers mois consécutifs, ou en CDI intérimaire, ou en contrat de 3 mois et plus (voir définition page 10 de la présente notice).

En complément de ce **régime de base obligatoire**, il est possible de souscrire à titre individuel les régimes facultatifs suivants :

- un **régime de base facultatif pour le salarié n'ayant pas l'ancienneté conventionnelle**, requise pour être affilié au régime de base obligatoire ;
- un **régime de base facultatif pour les ayants droit** ;
- un **régime surcomplémentaire facultatif** dit « **Garantie +** » pour le salarié (avec ou sans ancienneté conventionnelle) et pour les ayants droit.

Les garanties figurant dans la présente notice sont coassurées par :

- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre de AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14/16, boulevard Malesherbes, 75008 PARIS, SIREN 333 232 270 ;
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre iii du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro 321 862 500. Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE ;

dénommés « les organismes coassureurs » dans la présente notice.

Elles sont gérées par SIACI SAINT HONORÉ (**INTÉRIMAIRES SANTÉ**), dénommé « le gestionnaire » dans la présente notice.

Cette notice d'information s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Elle est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur et pourront être révisées en cas de changement des textes.

# Votre régime de base obligatoire

## Salarié avec ancienneté conventionnelle

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

### Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referenc/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

## Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>	
Frais de séjour	100 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	
Chambre particulière	40 € par jour (durée maximale de 12 jours)

## Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Transport remboursé par la Sécurité sociale</b>	100 % de la BR

## Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Honoraires médicaux</b>	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Densitométrie osseuse	35 € par acte
– Chiropractie, étioopathie, ostéopathie <sup>(1)</sup>	35 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
<b>Médicaments</b>	
Remboursés par la Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)	100 % de la BR
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	150 % de la BR
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

## Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>	
Aides auditives <sup>(2)</sup>	RSS + 560 € par oreille
<b>Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup></b>	100 % de la BR

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(3) Équipements de Classe II tels que définis réglementairement.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

## Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Panier soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>	
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
<b>Panier maîtrisé <sup>(2)</sup></b>	
– Inlay, onlay	240 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240 % de la BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>	
– Inlay, onlay	240 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240 % de la BR
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
<b>Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Orthodontie	200 % de la BR

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

# Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>	
Monture de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>	
Monture de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	Cf. Grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)
Verres de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</b>	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + 110 € de par année civile (au minimum 100 % de la BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	110 € de par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

– Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

– Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

– Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.



Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

– une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

## Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Classe	Défaut visuel		Montant par verre de classe B (RSS inclus)				
	Sphère ou Sphère + Cylindre	Cylindre	Dans le réseau optique Itelis 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)		Hors réseau optique Itelis		
			Verre unifocal organique	Verre multifocal organique	Verre unifocal (majeurs)	Verre unifocal (mineurs)	Verre multifocal
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5	33 €	26 €	94 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
2	Sphère	[-4 ; -2[ ou ]+2 ; +4]	0	Indice 1,6	38 €	31 €	104 €
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
3	Sphère	[-6 ; -4[ ou ]+4 ; +6]	0	Indice 1,67	58 €	51 €	124 €
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
4	Sphère	[-8 ; -6[ ou ]+6 ; +8]	0	Indice 1,74	76 €	70 €	144 €
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74	104 €	82 €	165 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures			
	Sphère	< -8	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0				
Monture de classe B			60 € (RSS inclus)				

## Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

### **Forfait maternité**

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)

Forfait de 300 €

## Quel est l'objet du régime ?

Vous accorder une prestation complémentaire au régime de base de Sécurité sociale en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation**, dans la limite des frais réellement engagés.

## Quel est le personnel concerné ?

Vous-même, salarié intérimaire de la branche du travail temporaire, en mission, et remplissant au moins une des conditions suivantes :

- avoir effectué plus de 414 heures de travail (\*) dans une ou plusieurs entreprises de la branche, au cours des 12 derniers mois civils, ou
- être embauché en contrat à durée indéterminée intérimaire, ou
- être embauché en contrat de mission d'une durée de 3 mois ou plus, ou
- être embauché en contrat de mission d'une durée de travail supérieure à 414 heures.

(\*) Pour l'appréciation de l'ancienneté requise, à ces 414 heures s'ajoute un équivalent temps de l'indemnité compensatrice de congés payés correspondant à 10 % des heures rémunérées, soit une ancienneté totale de 455 heures. Si cette condition est remplie, la prise en charge des garanties est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la 415<sup>e</sup> heure de travail (hors indemnité compensatrice de congés payés).

## Comment bénéficier de remboursements rapides ?

Complétez le kit de bienvenue (bulletin individuel d'affiliation) puis adressez-le au gestionnaire, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire, ...).

Vous pouvez également compléter votre dossier directement en ligne via votre espace « intérimaires » sur le site :

- [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr)

## Quels sont les actes et frais garantis ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale française au titre des législations maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au résumé de la garantie.

### Maternité – adoption

En cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), il est versé une allocation égale au forfait en vigueur au jour de l'événement (voir au résumé de la garantie). Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur.

## Quand débute la garantie ?

- À la date d'effet du contrat d'adhésion si vous remplissez déjà les conditions requises avant cette date (voir « quel est le personnel concerné ? » page 10) ;
- ou au 1<sup>er</sup> jour du mois (\*) qui suit celui où vous remplissez les conditions requises ;
- sans condition d'ancienneté, pour le salarié en contrat à durée indéterminée intérimaire, ou embauché pour une mission d'une durée de plus de 3 mois, ou d'une durée de travail supérieure à 414 heures ;
- à partir du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant votre demande, si vous avez initialement choisi de renoncer à votre affiliation et que vous êtes ensuite revenu sur votre décision ;
- ou sans condition d'ancienneté, si le 1<sup>er</sup> jour de votre nouveau contrat de mission est survenu durant la période de portabilité (voir « En cas de rupture du contrat de travail ou de fin du contrat de mission : la portabilité des droits » page 12).

(\*) Toutefois, les frais de soins de santé couverts par le régime frais de santé de base obligatoire, intervenus entre la date d'acquisition de la condition d'ancienneté (nombre d'heures de travail requis) et la date de prise en charge visée ci-dessus, seront pris en charge par le Fonds d'Action Social du Travail Temporaire (FASTT), dans les conditions que le Comité Paritaire de Gestion de cet organisme aura fixé.

# Garantie de couverture

Tout salarié intérimaire affilié au régime frais de santé de base obligatoire bénéficie d'une garantie de couverture de 3 mois.

Cette garantie de 3 mois inclut, le cas échéant, la période de portabilité initiale de 2 mois (voir « En cas de rupture du contrat de travail ou de fin de contrat de mission : la portabilité des droits »).

## Quand cesse-t-elle ?

Sous réserve que la période de 3 mois de garantie de couverture soit écoulée, les garanties cessent :

- au lendemain du dernier jour de votre contrat de mission (sauf en cas de maintien de la garantie au titre de la portabilité (voir « En cas de rupture du contrat de travail ou de fin du contrat de mission : la portabilité des droits » page 12) ;
- à l'issue de la période de portabilité, si vous n'avez pas retrouvé un emploi dans la branche du travail temporaire ;
- lorsque vous ne relevez plus du statut de salarié intérimaire ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

Les garanties sont suspendues :

- pour le salarié dont le contrat de mission est suspendu, aucune cotisation n'étant due pendant cette période (sauf en cas de maintien des garanties tel que détaillé ci-après) ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

### Contrat collectif obligatoire

Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur auprès des organismes coassureurs est un contrat collectif obligatoire ; en conséquence, aucun salarié ne peut résilier son affiliation à la garantie de son propre fait.

## Peut-elle être maintenue ?

### En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

#### Principe de maintien des garanties

La garantie est maintenue, moyennant paiement des cotisations, au salarié dont le contrat de mission est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total, de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En tout état de cause, le maintien de la garantie cesse à la date de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

#### Exonération des cotisations

Lorsque la suspension du contrat de travail est due à un arrêt de travail pour maladie ou accident (d'ordre professionnel ou non), ou à un congé de maternité, et que le salarié est indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale, le maintien des garanties est assuré **à titre gratuit**, tant qu'il perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale, à compter de la date de fin de période d'activité cotisée, et y compris après la fin ou la rupture du contrat de travail. Lorsque l'arrêt de travail intervient pendant la période de portabilité (voir définition de la portabilité ci-après), l'ancien salarié intérimaire bénéficie du maintien des présentes garanties, sans versement de cotisation, pour la période au titre de laquelle il perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, ce maintien des garanties n'a pas pour effet de suspendre la période de portabilité ni d'en proroger la durée.

## Activité partielle et autres périodes de suspension du contrat de travail indemnisées

Lorsque la suspension du contrat de travail donne lieu à versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (activité partielle, congé de reclassement, congé de mobilité, chômage, intempérie...), le salarié intérimaire bénéficie du maintien des présentes garanties, sans versement de cotisation au titre des heures non travaillées.

## En cas de rupture du contrat de travail ou de fin du contrat de mission : la portabilité des droits

La garantie est maintenue aux anciens salariés, lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail chez leur dernier employeur.

Ce maintien de garantie s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision de la garantie des salariés en activité, la garantie des anciens salariés bénéficiant du maintien de garantie est modifiée ou révisée dans les mêmes conditions.

Le maintien de garantie au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

### Durée de la période de portabilité

Le maintien de garantie intervient, en application de l'Accord de branche en vigueur, pendant **une durée initiale de 2 mois**, sans aucune formalité, puis, lorsque la cessation du contrat de mission de l'ancien salarié ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, pendant **5 mois supplémentaires**. À l'issue de ces deux périodes initiales, la garantie peut être encore maintenue, dans la limite d'une durée globale égale à la période d'indemnisation du chômage.

L'ancien salarié en situation de cumul emploi- retraite bénéficie également de cette durée supplémentaire de 5 mois au-delà de la durée forfaitaire de 2 mois, dans l'attente de la reprise effective d'activité, sous réserve :

- d'attester bénéficier d'une pension de retraite ;
- et de se trouver sans emploi pendant cette période.

Dans ce cas la condition d'indemnisation au régime obligatoire d'assurance chômage n'est pas requise et il ne sera pas fait référence pour cette période à la durée des derniers contrats de travail consécutifs.

En tout état de cause, la durée globale de la période de portabilité ne peut excéder la durée du dernier contrat de mission, ou la durée globale des derniers contrats de mission lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur ; la durée globale de la période de portabilité est appréciée en mois, le cas échéant arrondi au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois**.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien de la garantie qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien de la garantie au titre du dispositif de portabilité cesse :

- lorsque l'ancien salarié reprend une activité professionnelle (cependant, à l'issue de la durée initiale de 2 mois, la portabilité peut être suspendue, à titre exceptionnel et une seule fois, sur demande expresse du salarié intérimaire formulée auprès du gestionnaire, à condition de reprendre une activité professionnelle hors intérim d'une durée maximale de 4 semaines), ou
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, sauf pour l'ancien salarié en situation de cumul emploi- retraite bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois dans les conditions ci-dessus, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf pour l'ancien salarié en situation de cumul emploi-retraite bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois dans les conditions ci-dessus, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou
- lorsque l'ancien salarié en situation de cumul emploi-retraite, bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois, ne peut plus attester bénéficier d'une pension de retraite ni justifier se trouver sans emploi,
- en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

## Formalités de déclaration

**L'employeur signale** le maintien de la garantie dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

**L'organisme gestionnaire est automatiquement informé**, via le dispositif de décompte des heures de mission alimenté mensuellement par les entreprises adhérentes, de la cessation du contrat de travail qui déclenche la portabilité forfaitaire de 2 mois. Au-delà de la portabilité forfaitaire de 2 mois, l'ancien salarié communique à l'organisme gestionnaire, le cas échéant, un justificatif d'ouverture de droit à indemnisation au titre du chômage (ou de situation de cumul emploi-retraite avec pension de retraite mais sans exercice d'emploi), en vue de bénéficier, si nécessaire, de la prolongation de la période de portabilité et renvoie ses cartes TP en cours de validité.

Si l'ancien salarié a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre. Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer le gestionnaire de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien de la garantie.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'une activité professionnelle sous un autre statut que celui de salarié intérimaire ;
- l'impossibilité de justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage (pour le salarié concerné) ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (pour le salarié concerné) ;
- le décès de l'ancien salarié.

## Paiement des prestations

L'ancien salarié devra produire au gestionnaire le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation (pour l'ancien salarié concerné).

## En cas de cessation de la garantie

### Loi Évin

Les organismes coassureurs proposent, à titre individuel, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ;
- sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

### Ayants droit couverts d'un salarié décédé

En cas de décès du salarié, y compris en période de portabilité des droits, la garantie est maintenue sans contrepartie de cotisations, à ses ayants droit qui étaient déjà couverts, et ce pendant une période de 12 mois courant à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le décès du salarié, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Ces ayants droit devront en faire la demande et remplir un bulletin d'affiliation. L'affiliation prend effet à la date prévue au bulletin d'affiliation, et au plus tôt, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le décès du salarié, et au plus tard au lendemain de la réception de la demande.

### Cessation de la garantie collective

En cas de cessation de la garantie, vous pouvez vous affilier, ainsi que vos bénéficiaires, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

## Cotisations

Les cotisations sont réparties à hauteur de 50 % pour l'employeur et de 50 % pour le salarié. Le prélèvement de votre quote-part est effectué mensuellement par votre employeur directement sur votre bulletin de salaire.

Elles sont versées par l'employeur à la fin de chaque trimestre.

Les taux de cotisations figurent sur votre bulletin de salaire.

# Vos régimes de base facultatifs

Salarié sans ancienneté conventionnelle (adhésion volontaire anticipée)

## Quel est l'objet du régime ?

Vous accorder une prestation complémentaire au régime de base de Sécurité sociale en cas de **frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation**, dans la limite des frais réellement engagés.

## Quel est le personnel concerné ?

Vous-même, salarié intérimaire d'une entreprise relevant de la branche du travail temporaire, en mission et ne remplissant pas les conditions d'affiliations définies page 10.

## Comment bénéficier de remboursements rapides ?

Complétez le bulletin individuel d'affiliation « Intérimaires Santé » puis adressez-le au gestionnaire, accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie de l'attestation de droits de la Caisse primaire d'Assurance maladie, relevé d'identité bancaire, ...).

Pour bénéficier du régime, vos ayants droit doivent figurer sur votre bulletin individuel d'affiliation santé.

## Quels sont les actes et frais garantis ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définies expressément au résumé des garanties figurant page 5.

## Quand débute la garantie ?

Au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de votre dossier complet si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

## Quand cesse-t-elle ?

- Dès que vous remplissez les conditions d'ancienneté pour bénéficier du régime de base obligatoire ;
- à l'issue d'une période de 12 mois si vous n'avez pas effectué de mission de travail temporaire durant cette période ;
- en cas de résiliation de votre part ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

### **Non-paiement des cotisations**

En cas de non-paiement des cotisations, la résiliation du régime s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.



## Ayants droit

### Quel est l'objet du régime ?

Accorder à **vos** famille la même prestation dont vous bénéficiez, en complément des régimes de base de Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

### Quels sont les bénéficiaires ?

- Votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salaré ou non) ;
- les enfants de moins de 18 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens fiscal et, par extension ;
- les enfants de moins de 28 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin, s'ils poursuivent des études ou s'ils sont en formation en alternance ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,
  - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
  - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
  - bénéficiaires d'une pension alimentaire que l'assuré est autorisé à déduire de son revenu imposable.

À compter de 28 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés comme à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

Les justificatifs <sup>(1)</sup> de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes (avis d'imposition par exemple) sont à fournir lors de votre affiliation, et peuvent ultérieurement vous être demandés à tout moment.

(1) Pour le concubin ou pour le partenaire lié par un PACS, il convient d'adresser :

- en cas de concubinage et si votre concubin n'est pas votre ayant droit au sens de la législation sociale, un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun, ...)
- pour les partenaires liés par un PACS, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le Greffe du tribunal d'instance.

### Comment affilier vos ayants droit ?

Cochez la case « Affiliation de vos ayants droit - conjoint et/ou enfant(s) à charge » sur le bulletin individuel d'affiliation, et complétez la partie « vos bénéficiaires ».

#### Bénéfice du régime pour vos ayants droit

Le bénéfice du régime de base facultatif n'est possible que si vous êtes affilié (de manière obligatoire ou de manière volontaire anticipée) au régime de base, souscrit par votre employeur, qui vous en a remis la notice d'information.

#### Situation familiale

En cas de changement de situation de famille, (mariage, divorce, signature d'un PACS, naissance, décès d'un ayant droit...), la modification sera prise en compte au jour de l'événement, sous réserve d'en avoir fait la demande au gestionnaire dans les 30 jours. À défaut, la modification prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande et des justificatifs.

### Quels sont les actes et frais garantis ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définies expressément au résumé des garanties figurant page 5.

## Quand débute la garantie de vos ayants droit ?

Au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de votre dossier complet.

## Quand cesse-t-elle ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base souscrit par votre employeur ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

# Votre régime surcomplémentaire facultatif « Garantie + »

## Salariés et ayants droit

Le choix de la « Garantie + » s'applique obligatoirement à tous les bénéficiaires du régime. Par ailleurs, pour les ayants droit, le bénéfice du régime surcomplémentaire n'est possible que s'ils sont affiliés au régime de base.

Les prestations s'entendent **y compris** la part de la Sécurité sociale et du régime de base obligatoire.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

### Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referance/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

## Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>	
Frais de séjour	100 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	250 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	
Chambre particulière	40 € par jour (durée maximale de 12 jours)

## Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Transport remboursé par la Sécurité sociale</b>	100 % de la BR

## Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Honoraires médicaux</b>	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Densitométrie osseuse	35 € par acte
– Chiropractie, étioopathie, ostéopathie <sup>(1)</sup>	35 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	120 % de la BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
<b>Médicaments</b>	
Remboursés par la Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)	100 % de la BR
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	150 % de la BR
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

## Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>	
Aides auditives <sup>(2)</sup>	RSS + 620 € par oreille
<b>Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup></b>	100 % de la BR

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(3) Équipements de Classe II tels que définis réglementairement.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

## Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Panier soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>	
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
<b>Panier maîtrisé <sup>(2)</sup></b>	
– Inlay, onlay	320 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	320 % de la BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>	
– Inlay, onlay	320 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	320 % de la BR
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
<b>Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Orthodontie	320 % de la BR

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

# Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>	
Monture de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>	
Monture de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	Cf. Grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)
Verres de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</b>	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + 125 € de par année civile (au minimum 100 % de la BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	125 € de par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

– Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

– Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

– Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

– une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

## Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Classe	Défaut visuel		Montant par verre de classe B (RSS inclus)				
	Sphère ou Sphère + Cylindre	Cylindre	Dans le réseau optique Itelis 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)		Hors réseau optique Itelis		
			Verre unifocal organique	Verre multifocal organique	Verre unifocal (majeurs)	Verre unifocal (mineurs)	Verre multifocal
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5	58 €	51 €	134 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage			
2	Sphère	[-4 ; -2[ ou ]+2 ; +4]	0	Indice 1,6	68 €	61 €	154 €
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage			
3	Sphère	[-6 ; -4[ ou ]+4 ; +6]	0	Indice 1,67	78 €	71 €	174 €
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage			
4	Sphère	[-8 ; -6[ ou ]+6 ; +8]	0	Indice 1,74	96 €	89 €	194 €
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74	124 €	102 €	205 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures			
	Sphère	< -8	> 0	Traitement antireflet intégrant UV et anti lumière bleue nocive			
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0	Précalibrage			
Monture de classe B			100 € (RSS inclus)				

## Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

### **Forfait maternité**

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)

Forfait de 300 €



## Quand débute votre garantie ?

Au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de votre dossier complet.

## Quand cesse votre garantie ?

- En cas de résiliation de votre part ;
- lorsque vous ne bénéficiez plus du régime de base obligatoire ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par vos soins.

### **Non-paiement des cotisations**

En cas de non-paiement des cotisations, la résiliation du régime surcomplémentaire s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

## Cessation de la garantie

En cas de cessation de la garantie, vous pouvez vous affilier, ainsi que vos bénéficiaires, à l'une des garanties individuelles élaborées à votre intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'affiliation individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la cessation de la garantie, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

# Dispositions communes à vos régimes facultatifs

## Durée de votre affiliation

Vous êtes affilié, ainsi que vos éventuels bénéficiaires, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelant à effet du 1<sup>er</sup> janvier par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins deux mois avant cette date, dans les conditions détaillées ci-après.

## Résiliation annuelle à l'initiative du salarié

La résiliation de l'affiliation individuelle à l'initiative du salarié peut être effectuée à l'échéance annuelle au moins deux mois avant la date du 1<sup>er</sup> janvier. Elle est alors notifiée aux organismes coassureurs, selon le choix du salarié :

- soit par lettre (adressée au gestionnaire à l'adresse suivante : Intérimaires Santé – 43, rond-point de l'Europe – 51430 BEZANNES) ou tout autre support durable (notamment par courriel via l'espace Intérimaire sur le site : [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr)) ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant des organismes coassureurs ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur le site : [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr).

Le gestionnaire (pour le compte des organismes coassureurs) accuse réception de la notification de la résiliation annuelle par écrit.

## Résiliation infra-annuelle à l'initiative du salarié

La résiliation à l'initiative du salarié peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première affiliation au contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que les organismes coassureurs en aient reçu notification.

Le salarié n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. Les organismes coassureurs s'engagent alors à rembourser tout éventuel solde restant dû au salarié dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Si le salarié souhaite procéder à la résiliation infra-annuelle de l'affiliation en vue de contracter avec un autre organisme un nouveau contrat individuel ou adhérer à un nouveau contrat collectif facultatif selon le cas, il en transmet la demande à ce dernier sur support papier ou tout autre support durable. Dans ce cas, le nouvel organisme notifie auprès des organismes coassureurs la résiliation de l'affiliation individuelle par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

En cas de résiliation infra-annuelle émanant directement du salarié, celle-ci peut être notifiée selon les mêmes supports que ceux prévus pour la résiliation annuelle à l'initiative du salarié.

Que la demande de résiliation émane directement du salarié ou qu'elle soit effectuée pour le compte de ce dernier par le nouvel organisme selon les modalités indiquées ci-dessus, le gestionnaire (pour le compte des organismes coassureurs) accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable au salarié un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. En tout état de cause, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du contrat anciennement souscrit auprès des organismes coassureurs.

Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout salarié s'il était affilié selon le type de régime prévu, dès lors qu'il peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire.

De même une résiliation sans délai est possible pour l'ayant droit affilié lorsqu'il devient bénéficiaire d'un régime de frais de soins de santé à titre obligatoire.

Dans tous les cas, la résiliation par un salarié s'entend pour l'ensemble des éventuels autres bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

En cas de résiliation du contrat par le salarié, une nouvelle souscription au "régime Garantie +" pour le salarié lui-même (et ses éventuels ayants droit le cas échéant) n'est possible qu'après une durée de 12 mois.

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations.

## Cotisations

Les tarifs des cotisations figurent sur le document d'information remis avec le bulletin individuel d'affiliation, et consultable sur le site :

– [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr)

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme à échoir sur votre compte bancaire. À cet effet n'oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement joint au bulletin d'affiliation.

En cas de non-paiement des cotisations des régimes facultatifs, dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, les organismes coassureurs adresseront au salarié (et le cas échéant à ses ayants droit) une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation pour non-paiement des cotisations après mise en œuvre de la procédure décrite ci-dessus, toute nouvelle adhésion à un régime facultatif ne sera possible qu'après régularisation par l'intéressé (pour lui-même et ses éventuels ayants droit si concernés) des cotisations qui resteraient dues au titre de la précédente couverture facultative ayant fait l'objet de la résiliation.

En cas d'arrêt de travail du salarié ou de placement en position de chômage partiel au regard de la réglementation en vigueur, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation.

## Indexation

À l'issue de la première année d'exercice du régime conventionnel de frais de santé de la Branche du Travail Temporaire, les cotisations seront indexées sur le rapport sinistres/primes enregistré par les organismes coassureurs, en tenant compte des prévisions de dépenses de santé établies par l'Assurance Maladie. Les conditions de cette indexation pourront être revues en fonction de l'évolution de la réglementation de la Sécurité sociale.

Cette indexation vous est communiquée, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue.

Lorsque vous vous opposez avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, votre affiliation est automatiquement résiliée au 31 décembre de l'année en cours.

À défaut d'opposition notifiée sur l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours, les cotisations indexées s'appliquent de plein droit.

## Adhésion à distance

### Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

### Éléments communiqués à l'assuré

En temps utile, avant la conclusion à distance d'un contrat, l'assuré reçoit les informations suivantes :

1. La dénomination de l'organisme assureur contractant, l'adresse de son siège social, lorsque l'organisme assureur est inscrit au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture.

2. Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant à l'assuré de vérifier celle-ci.
3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci.
4. La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance.
5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. L'assuré doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'organisme assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.
6. La loi sur laquelle l'organisme assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'organisme assureur s'engage à utiliser, avec l'accord de l'assuré, pendant la durée du contrat.
7. Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée. En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l'organisme assureur ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le souscripteur. La personne en contact avec le souscripteur doit en outre préciser son identité et son lien avec l'organisme assureur.

## Droit à renonciation

Dans le cadre des obligations liées à la commercialisation à distance, il est ouvert à l'assuré sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus courant :

- à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion ;
- ou à partir du jour où l'assuré reçoit les conditions d'adhésion et le présent document (si cette date est postérieure).

Le délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé.

Lorsque l'assuré exerce son droit de renonciation, il est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période durant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité.

Cette renonciation de l'adhésion entraîne la restitution par l'assuré à l'organisme assureur de toute somme reçue de celui-ci (à l'exception de celles correspondantes à la période durant laquelle le risque a couru), dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'organisme assureur reçoit notification de l'assuré de sa volonté de se rétracter. Passé ce délai, la somme due est de plein droit productive.

## Adhésion suite au démarchage de l'assuré

### Définition

Est visée : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. »

## Droit à renonciation

L'assuré a la faculté de renoncer à son contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Au titre du présent contrat, le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion par l'assuré.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'organisme assureur est tenu de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'Institution si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

## Modèle de renonciation

La demande de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance doit être adressée à votre centre de gestion. Afin de vous ménager une preuve de l'envoi, nous vous conseillons de l'adresser en lettre recommandée avec AR :

J'ai souscrit une adhésion auprès de votre organisme »,  
le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_,  
sous le numéro \_\_\_\_\_.

Le contrat a été souscrit à distance ou suite à mon démarchage (rayer la mention inutile).

Après réflexion, et comme 14 jours ne se sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'affiliation (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion.

Date et Signature

# Généralités

Les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

## Exclusions

Sauf indication contraire figurant au résumé des garanties, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ;
- relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France (si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties souscrites).

L'organisme assureur ne prendra pas en charge les soins indemnifiés au titre :

- de la législation sur les pensions militaires ;
- de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique ;
- de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Sont également exclues les prises en charge :

- les participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visite de médecin effectuée en dehors du parcours de soins coordonnés c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant (articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques de médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (paragraphe 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale).

## Limites des garanties

**Actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale** : lorsque la Sécurité sociale n'envoie pas de notification de refus à l'assuré, les remboursements ne sont effectués qu'après avis des praticiens conseils de l'organisme assureur.

**Actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux** : le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou classification.

**Actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens (ou dépassements ne correspondant pas aux conditions conventionnelles)** : le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

**Actes ou postes de garanties exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait** : à l'exception du forfait maternité, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garanties concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

**Pharmacie** : pour les médicaments figurant dans un groupe générique et ayant été remboursés par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire se fera également sur cette base.

**Maternité** : la garantie maternité n'intervient que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité..

**Frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné** : la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité sociale ; cette limite de 90 jours ne s'applique pas à la prise en charge du forfait hospitalier.

## Plafond des remboursements

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

**Actes effectués en secteur non conventionné** : si la prestation est calculée en fonction de la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes conventionnés, le remboursement ne peut excéder celui qui aurait été versé si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, tout autre éventuel régime complémentaire frais de santé et les présentes garanties.

## Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

## Prescription

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le salarié, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## Réclamations - médiation

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'entreprise adhérente.

Les réclamations concernant l'**application du contrat** peuvent être adressées au service réclamation du gestionnaire SIACI SAINT HONORE (Intérimaires Santé) :

- par internet : grâce à la rubrique Contact de votre Espace Intérimaire sur le site [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr)
- par courrier à l'adresse suivante :
  - INTÉRIMAIRES SANTÉ – 43, rond-point de l'Europe – 51430 BEZANNES

A compter de la réception de la réclamation, le gestionnaire doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai. La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'accusé de réception.

En cas de désaccord, les réclamations peuvent être présentées aux organismes coassureurs :

- Conciliateur de AG2R LA MONDIALE – 32 avenue Émile Zola – Mons en Barœul - 59896 LILLE CEDEX.
- APICIL Prévoyance – Direction services clients – Equipe réclamations santé prévoyance – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE.

En cas de désaccord persistant sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées :

- soit par courrier, au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS ;
- soit en ligne, à l'aide d'un formulaire disponible à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

## Protection des données à caractère personnel

### Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- des données relatives à votre âge, votre situation familiale ou professionnelle, à votre santé qui sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- vos coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.



## Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi.

Les bénéficiaires peuvent ainsi exercer leurs droits en s'adressant au service compétent :

- pour les fichiers du gestionnaire, auprès de :
  - SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) – Service juridique – 18 rue de Courcelles – 75384 PARIS CEDEX 08.
- pour les fichiers des organismes coassureurs, auprès de :
  - AG2R LA MONDIALE : À l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France – 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX (ou par mail à [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr)),
  - APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO) – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE (ou par mail à [dpo@apicil.com](mailto:dpo@apicil.com))

## Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

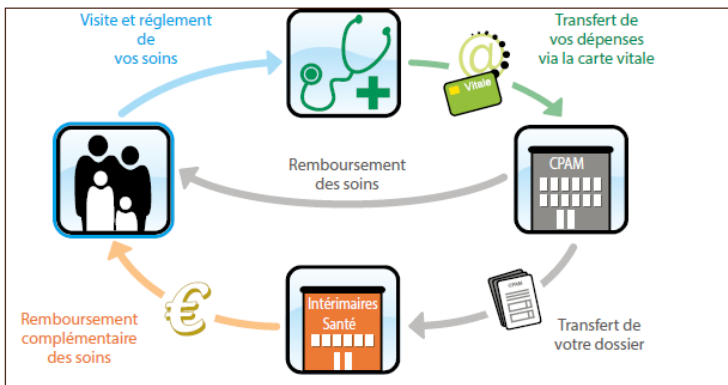
# Modalités de gestion

## Comment s'effectuent vos remboursements ?

### La télétransmission NOEMIE

La télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) permet l'échange d'informations entre INTÉRIMAIRES SANTÉ et l'Assurance Maladie. Vos remboursements sont automatiques.

INTÉRIMAIRES SANTÉ procède ensuite aux remboursements par virement sur votre compte bancaire ou postal dans un délai de 48h. À chaque remboursement, un nouveau décompte détaillant les prestations payées est téléchargeable en ligne, sur [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr), Espace intérimaire / Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Vos décomptes



### Cas spécifiques où NOEMIE ne fonctionne pas

- Les conjoints ou concubins ou pacsés déjà bénéficiaires de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat auprès de leur employeur ;
- les personnes couvertes par un régime spécifique.

Les bénéficiaires restent garantis pour les éventuels frais restant à leur charge après intervention de la Sécurité sociale et de leur première mutuelle. Dans ce cas, il vous suffit d'adresser à INTÉRIMAIRES SANTÉ le décompte de la complémentaire de votre bénéficiaire (conjoint, enfant...) accompagné de la photocopie du décompte de la Sécurité sociale et de la facture.

### Comment bénéficier de la télétransmission ?

1/ Adressez à INTÉRIMAIRES SANTÉ (au moment de votre affiliation ou en cas de changement de caisse), la copie de votre attestation de droits Sécurité sociale et éventuellement, celle de vos bénéficiaires (uniquement s'ils n'ont pas leur propre organisme complémentaire).

2/ Pour vérifier que la télétransmission fonctionne, le message suivant apparaît sur votre décompte Sécurité sociale « ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire. » (Parfois le nom de l'organisme est mentionné). Vous pouvez également vérifier sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), rubrique Mon compte.

## Paiement des prestations

### Modes de règlement

Deux types de règlements sont possibles :

- Règlements par virement : quelle que soit la fréquence des demandes de remboursement, le paiement par virement sera effectué à chaque nouveau remboursement. Vos remboursements sont consultables en temps

réel via votre application mobile INTÉRIMAIRES SANTÉ ou sur [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr), Espace Intérimaire / Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Vos décomptes.

Si vous n'êtes pas abonné aux décomptes électroniques ou si vous n'avez pas d'adresse e-mail, un récapitulatif papier de vos dépenses vous est adressé tous les six mois.

- Règlements par chèque : tout remboursement inférieur à 25 € (\*) ne donnera pas lieu à un paiement immédiat. Cette somme sera débloquée quand le total de vos remboursements atteindra 25 €. Pour être remboursé plus rapidement, vous pouvez adresser votre RIB à INTÉRIMAIRES SANTÉ. Les modalités de remboursement sont détaillées sur [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr), Espace intérimaire / Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Formalités de remboursement.

(\*) Seuil susceptible d'évoluer

## Les alertes e-mails

Pour suivre en temps réel votre dossier et recevoir une alerte e-mail à chaque nouveau remboursement, nous vous invitons à renseigner votre adresse e-mail dans la rubrique paramétrage de votre application mobile INTÉRIMAIRES SANTÉ ou sur [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr), Espace Intérimaire / Mon profil.

## Demande de justificatifs

Vous pouvez envoyer vos justificatifs par voie postale ou par voie électronique.

Hospitalisation médicale ou chirurgicale ou maternité (si vous n'avez pas pu bénéficier d'une prise en charge avant votre admission) :

- Notes d'honoraires et bordereaux de facturation des frais prescrits, acquittés et datés ;
- les notes d'honoraires dans le cas de dépassements réglés à un chirurgien et/ou anesthésiste si vous avez souscrit l'option « Garantie+ ».

## Lunettes

- Avec la télétransmission NOEMIE : la facture détaillée + la prescription médicale (\*) ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + la facture détaillée + la prescription médicale (\*) .

## Lentilles acceptées par la Sécurité sociale

- Avec la télétransmission NOEMIE : la facture détaillée ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + la facture détaillée + la prescription médicale (\*) .

(\*) Prescription médicale datant de :

- moins d'un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;
- moins de 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ;
- moins de 3 ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans.

## Appareillage remboursé par la Sécurité sociale

- Avec la télétransmission NOEMIE : la facture détaillée ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + la facture détaillée.

## Maternité / Adoption

- Un extrait d'acte de naissance de l'enfant précisant la filiation avec l'assuré ;
- la copie du jugement d'adoption définitif du Tribunal français ou le certificat d'adoption.

## Soins à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale

- Avec la télétransmission NOEMIE : les factures détaillées ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli + les factures détaillées.

## Frais de soins et de prothèses dentaires

- Avec la télétransmission NOEMIE : les factures détaillées sont demandées :
  - pour les seuls actes avec dépassement autorisé (prothèses, appareils, inlays/onlays),
  - à partir du seuil de 330 euros par prothèse dentaire ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli.

## Orthodontie (acceptée par la Sécurité sociale)

- Avec la télétransmission NOEMIE : pas de facture à fournir ;
- sans la télétransmission NOEMIE : le décompte de l'assurance maladie ou sa version électronique issue du site Ameli.

## Soins exécutés en tiers payant Sécurité sociale (uniquement)

- Les reçus correspondants au ticket modérateur (sauf consultations/visites à domicile).

## Soins non remboursés par la Sécurité sociale

- Les factures détaillées originales ;
- la prescription médicale.

### À savoir

Si nous intervenons après un autre organisme complémentaire, vous devez impérativement nous adresser le décompte de la première complémentaire accompagné des éventuelles factures (optique, dentaire...).

## Le tiers payant

### Tiers payant généralisé

Le tiers payant est le mécanisme par lequel votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou votre assurance complémentaire « paie » à votre place vos dépenses de santé.

Pour cela, lors de votre affiliation, il est mis à votre disposition une carte de tiers payant vous dispensant d'avancer les frais, dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le régime.

Votre carte de tiers payant Almerys vous permet de bénéficier de cette dispense d'avance de frais auprès des praticiens ayant un accord dans les domaines suivants :

- hospitalisation ;
- pharmacie (hors pharmacie à 15 %) ;
- biologie (laboratoires) ;
- radiologie ;
- auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières...) ;
- soins externes : consultations et examens en centre médical, clinique ou hôpital ;

- transport (taxis et ambulances) ;
- optique ;
- dentaire.

## Simple et pratique: imprimez votre carte en ligne

Rendez-vous sur [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr) / Espace Intérimaire/ Espace assuré / Votre tiers payant pour imprimer votre (vos) carte(s) de tiers payant à tout moment.

Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter votre carte Almerys au professionnel de santé en même temps que votre carte Vitale. Ce dernier nous enverra ensuite la facture de la part complémentaire.

Pour le bon fonctionnement du tiers payant, il vous incombe de signaler à votre pharmacien ou autre professionnel de santé habituel tout changement vous concernant.

## Rappel

Si vous présentez chez votre praticien votre carte Vitale sans la carte de tiers payant, vous ne bénéficierez que du tiers payant Sécurité sociale. Il faudra alors adresser à INTÉRIMAIRES SANTÉ le justificatif de paiement pour prétendre au remboursement de la part complémentaire (sinon vous ne serez pas remboursé).

Lors de la cessation de votre affiliation (c'est-à-dire à la fin de la période de gratuité qui suit votre dernière mission d'intérim), vous devez cesser d'utiliser votre carte de tiers payant et la retourner impérativement à INTÉRIMAIRES SANTÉ. Toute utilisation après la fin de vos droits générera une demande de remboursement des frais réglés.

## Conseil

Privilégiez le tiers payant total (Sécurité sociale + part complémentaire) ; ainsi vous n'aurez aucune somme à avancer (sauf dépassements d'honoraires éventuels) et aucun justificatif à produire.

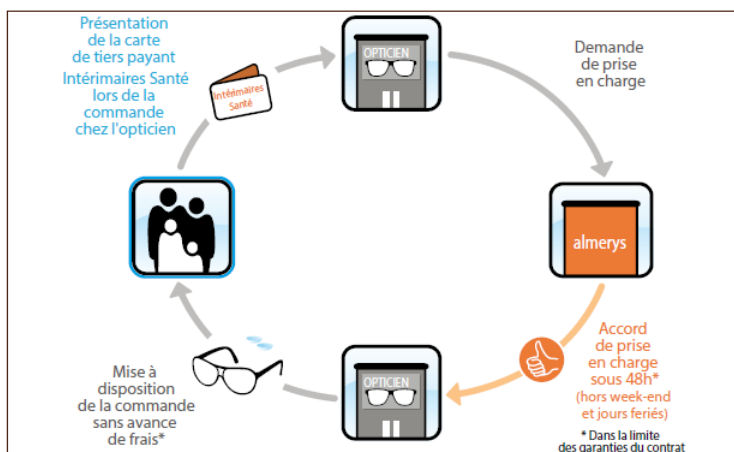
## Tiers payant optique avec Almerys

### Modalité pratique

Vous bénéficiez du service tiers payant optique auprès d'Almerys.

En vous rendant chez un opticien du réseau Almerys, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge immédiate.

En cas de reste à charge, vous l'acquitterez directement à votre opticien.



## Trouver un professionnel de santé proche de chez moi

Pour trouver un professionnel de santé pratiquant le tiers payant, rendez-vous sur :

- [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr) / Espace Intérimaire/ Espace assuré / Votre tiers payant / Localiser les professionnels de santé ;
- l'application mobile INTÉRIMAIRES SANTÉ, Mon Espace assuré / Professionnels de santé / Trouver un professionnel de santé.

Effectuez votre recherche selon le critère de votre choix : spécialité (pharmacie, laboratoire, opticien...).

## Accord de prise en charge

### Prise en charge hospitalière

Avant toute admission dans un établissement conventionné (hospitalisation de jour remboursée au minimum à 80 % de la base de remboursement par la Sécurité sociale ou pour un séjour de plus de 24 heures), INTÉRIMAIRES SANTÉ peut délivrer une prise en charge hospitalière à l'établissement afin de vous éviter toute avance de frais dans la limite des garanties du contrat et à l'exception des frais personnels.

Il conviendra de nous communiquer :

- votre NOM et PRÉNOM, et votre n° de Sécurité sociale ;
- le NOM et PRÉNOM de la personne hospitalisée, en précisant s'il s'agit de l'assuré (vous-même), de votre conjoint ou d'un enfant à charge ;
- les COORDONNÉES de l'établissement concerné (adresse exacte de l'établissement, le service et numéro de fax, N° de FINESS) ;
- la DATE de l'hospitalisation.

Dès réception de ces informations, INTÉRIMAIRES SANTÉ adresse par fax à l'établissement au maximum 10 jours avant la date de l'intervention, l'attestation de prise en charge hospitalière.

### Conseil

Pour gagner du temps, effectuez votre demande de prise en charge hospitalière en ligne. Connectez-vous à votre Espace Intérimaire depuis le site [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr)

Rendez-vous dans la rubrique Contact puis sélectionnez la catégorie « Je souhaite demander/suivre mes remboursements frais de santé »

## Échanges dématérialisés

### Définition

La dématérialisation des échanges entre le gestionnaire et le participant est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir de son espace client ;
- et/ou à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le participant (ou renseignée par le participant sur son espace client).

Il appartient au participant d'aviser immédiatement le gestionnaire de tout changement d'adresse électronique.

### Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

Lorsque le gestionnaire souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du participant.

Le gestionnaire vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par le participant, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant au participant de se connecter à son espace client.

La vérification par le gestionnaire du caractère adapté s'effectue annuellement.

## Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par le gestionnaire

Après les vérifications mentionnées ci-dessus, le gestionnaire peut mettre à disposition ou fournir au participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

Le participant déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par le gestionnaire sur support électronique sur le site internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par le gestionnaire.

Le participant pourra consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisés que ceux mis à disposition sur l'espace client du participant seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

Le participant peut à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué ci-dessus n'est pas adapté à la situation du participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par le gestionnaire sous format papier.

## Droit d'opposition du participant

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, le participant a la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur son espace client, soit par courrier adressé au gestionnaire.

# INTÉRIMAIRES

Découvrez les aides et services  
pour faciliter la vie



DÉPLACEMENT



LOGEMENT



SANTÉ ET PRÉVENTION



ENFANTS



ACCOMPAGNEMENT



ARGENT



## fastt

Et la vie des intérimaires est facilitée

01 71 25 08 28

fastt.org





# Quelques informations utiles

## Le médecin traitant

À partir de l'âge de 16 ans, chaque personne doit déclarer son médecin traitant. Il n'y a pas de contrainte géographique, le choix est totalement libre. Consulter votre médecin traitant vous apporte un double avantage :

- vous êtes mieux soigné grâce à un suivi médical personnalisé dans le temps ;
- vous êtes mieux remboursé.

Si vous n'avez pas encore de médecin traitant déclaré ou si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, vous serez moins bien remboursé par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) , rubrique Formulaire /Médecin traitant, téléchargez la Déclaration de choix du médecin traitant et renvoyez-la complétée à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

## Le parcours de soins coordonnés

Il vous est recommandé de suivre le parcours de soins coordonnés. Pour certains actes spécifiques, vous devez d'abord consulter un médecin généraliste qui vous orientera ensuite vers un spécialiste. Dans le cas inverse, des pénalités (Majoration du Ticket Modérateur, il s'agit de la diminution du pourcentage de prise en charge par la Sécurité sociale) pourront être appliquées, ainsi qu'un dépassement d'honoraires. Dans le cadre des contrats responsables, INTÉRIMAIRES SANTÉ ne prend pas en charge les pénalités financières.

Pour anticiper vos dépenses en dentaire, optique et appareillage..., pensez à demander un devis par écrit, et consultez éventuellement un autre professionnel de santé. Avant tout engagement de frais, vous pouvez demander une estimation à INTÉRIMAIRES SANTÉ, en nous envoyant votre devis pour connaître le montant de votre remboursement.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

## Les dépassements d'honoraires

La Sécurité sociale fixe une base de remboursement pour chaque acte médical. Lorsque la consultation (ou l'acte médical) est supérieure à ce tarif, on parle de dépassement d'honoraires.

Par exemple, la Sécurité sociale fixe le tarif d'une consultation à 23 € chez un spécialiste de secteur 2, le patient doit régler 60 €, la différence de 37 € (= 60 – 23 €) correspond au dépassement d'honoraires qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Pour en savoir plus sur les dépassements d'honoraires des professionnels de santé, renseignez-vous sur le secteur d'appartenance de votre médecin et consultez le site [www.ameli-direct.ameli.fr](http://www.ameli-direct.ameli.fr) .

Les médecins conventionnés du secteur 1 appliquent le tarif de convention fixé par la Sécurité sociale. Les médecins conventionnés du secteur 2 pratiquent des honoraires libres, ils sont autorisés à appliquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

## Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

### OPTAM / OPTAM CO

La Sécurité sociale a proposé aux professions médicales pratiquant les dépassements d'honoraires une nouvelle convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. À ce titre, les honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM CO sont mieux remboursés (base de remboursement Sécurité sociale supérieure et meilleur remboursement de la complémentaire).

Rendez-vous sur [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) pour trouver les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM CO.

## Les visites de contrôle de santé

Pour protéger votre santé, l'Assurance Maladie prend en charge certains actes de prévention. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), rubrique Professionnels de santé / Médecins / Vous former et vous informer / Prévention prise en charge par l'Assurance Maladie.

## La franchise médicale

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

À noter : la franchise ne s'applique ni aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.

## Un plafond annuel

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

## Un plafond journalier

Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

On ne peut pas déduire :

- plus de 2 € par jour pour les actes paramédicaux chez le même professionnel,
- plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1er jour du 6e mois de grossesse au 12e jour après la date de l'accouchement) ;
- les pensionnés visés à l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

## La participation forfaitaire de 1 €

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 1 € vous est demandée. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Vous êtes concerné par la participation forfaitaire de 1 € si vous avez plus de 18 ans depuis le 1er janvier de l'année en cours.

Il n'y a pas de participation forfaitaire de 1 € à régler :

- pour les consultations des enfants et des jeunes de moins de 18 ans ;
- à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après la date de l'accouchement ;
- si vous êtes bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

## Qu'est-ce que le 100% santé ?

Avec le plan « 100% santé » (ou reste à charge zéro), les pouvoirs publics entendent renforcer l'accès de tous les Français à des soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, pris en charge à 100%.

### Pourquoi une telle mesure ?

Lunettes de vue, prothèses dentaires, aides auditives... Ces dispositifs médicaux sont souvent onéreux et les frais assumés par l'assuré (le reste à charge) particulièrement élevés.

En effet, dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audiologie, les prix sont librement fixés par les professionnels de santé et déconnectés des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Conséquence : le niveau de dépenses est tel qu'il dissuade aujourd'hui certains de nos concitoyens à s'équiper ou se soigner correctement.

En garantissant une prise en charge intégrale de certaines prestations dans ces trois spécialités, le « 100% santé » a donc pour objectif de prévenir le renoncement aux soins pour raisons financières.

### En quoi consiste cette réforme ?

Cette mesure donne accès à des « paniers » de soins dentaires, optiques et auditifs de qualité, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé (ou mutuelles).

Pour cela, les bases de remboursement de la Sécurité sociale évoluent progressivement et des prix limites de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sont mis en place, que les professionnels de santé concernés ont l'obligation de respecter.

### Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé responsable\* (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), vous pouvez bénéficier des offres de soins « 100% santé ».

Celles-ci sont incluses dans les obligations de votre complémentaire et doivent vous être systématiquement proposées par votre opticien, votre audioprothésiste ou votre dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

Votre liberté de choix est néanmoins préservée puisque vous conservez à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

\* Les contrats dits responsables répondent à un certain nombre d'obligations fixées par réglementairement ; en contrepartie, ils se voient appliquer certains avantages fiscaux et sociaux.

### Ce qui change en optique

- Votre opticien doit vous proposer une gamme constituée d'au moins 17 montures adultes et 10 montures enfants en 2 coloris différents, à moins de 30 €.
- Les verres corrigent l'ensemble des troubles visuels et comportent des traitements obligatoires (amincissement, anti-rayures et anti-reflet).
- Vous avez la possibilité de « panacher » l'offre (c'est-à-dire opter pour des verres sans reste à charge et une monture à tarif libre ou inversement).

### Ce qui change en dentaire

Près de la moitié (46 %) des actes prothétiques sont intégralement remboursés.

Vous pouvez bénéficier d'un large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux dont la qualité esthétique sera adaptée à la localisation de la dent (visible ou non visible).

## Ce qui change en audiologie

Les équipements proposés dans ce panier sont de qualité, en termes d'esthétique (dispositifs intra-auriculaires...) mais aussi de performance technique (12 canaux de réglage, amplification sonore d'au moins 30 décibels, système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, etc.)

## Quand peut-on bénéficier du 100% santé ?

La réforme se déploie par étape, suivant un calendrier différent selon les secteurs. Elle est en vigueur :

- au 1<sup>er</sup> janvier 2020 en optique et en dentaire
- au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les aides auditives

Depuis 2019, les restes à charge des assurés diminuent progressivement, jusqu'au remboursement total à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

# Attestation de réception de la notice d'information

À détacher et à remettre à votre employeur

Je soussigné, \_\_\_\_\_

reconnais avoir reçu la notice d'information relative au régime de frais de santé souscrit par mon employeur au profit des salariés intérimaires relevant de la Branche du Travail Temporaire.

À \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature





# Contacter mon centre de gestion Intérimaires santé



Internet

[www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr)



Application mobile

Disponible sur App store et Google play



Courrier

Intérimaires Santé

43,rond-pointdel'Europe 51430BEZANNES



Centre relations clients

01 44 20 47 40

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h00

## **AG2R LA MONDIALE**

14-16 bd Malesherbes - 75008 PARIS

Tél. : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

[www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr)

## **Apicil Prévoyance**

38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE

[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R – 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270.

APICIL Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500 - Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE