

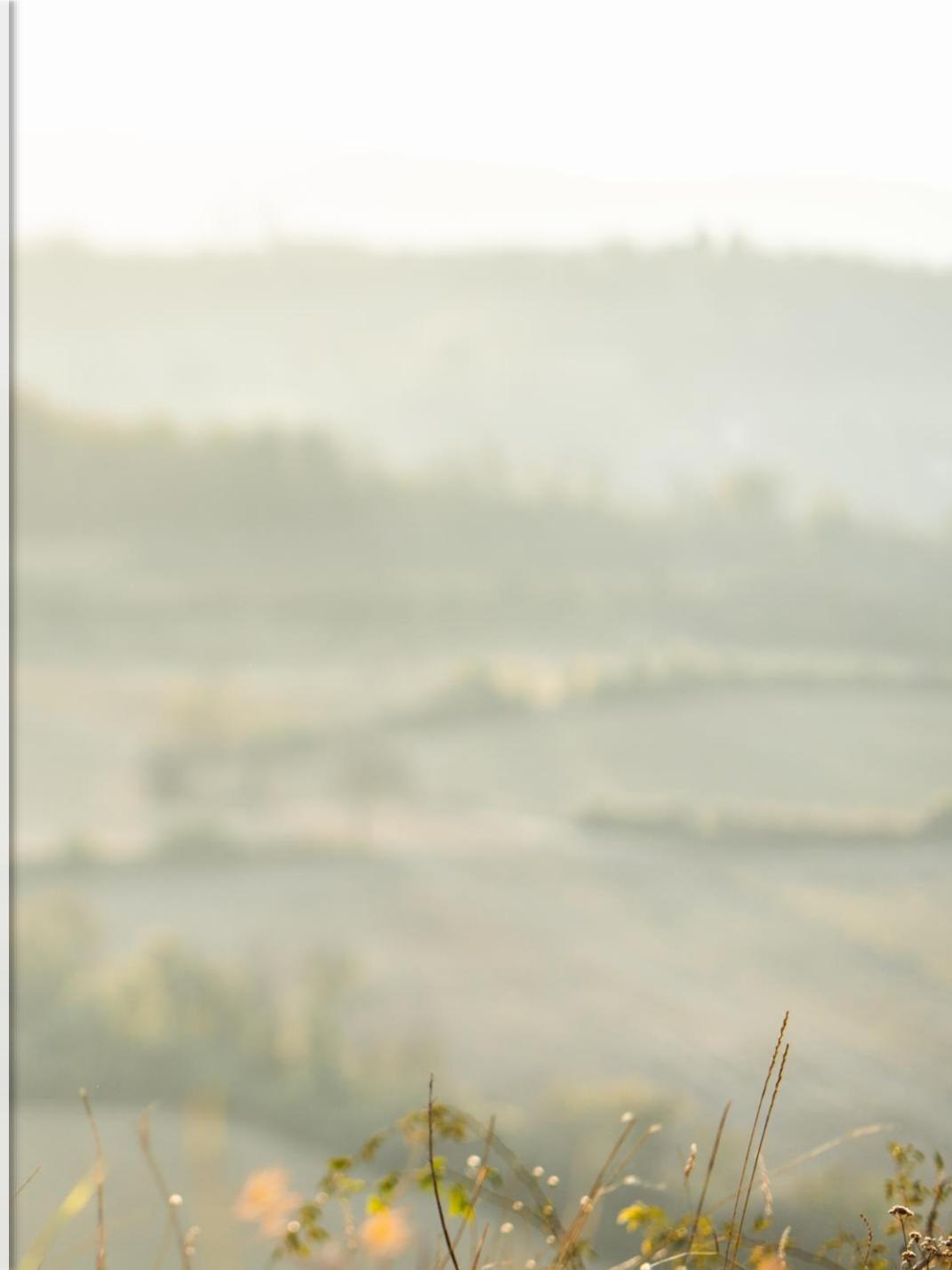


INTÉRIMAIRES SANTÉ

La mutuelle des salariés intérimaires

GUIDE ESPACE ASSURÉ

Manuel d'utilisateur à
destination des intérimaires



SOMMAIRE

Premiers pas

Première connexion	_____	3
Consentements RGPD	_____	4
	_____	7

Parcours d'affiliation

Parcours en 5 étapes	_____	8
Finalisation de la demande	_____	9
	_____	23

Demande de dispense

Renoncer à Intérimaires Santé	_____	24
	_____	25

Maintien gratuit (portabilité)

_____	_____	29
-------	-------	----

Résiliation

_____	_____	33
-------	-------	----

Heures travaillées

_____	_____	36
-------	-------	----

Page contact

_____	_____	38
-------	-------	----

Alertes

_____	_____	40
-------	-------	----

Votre compte

_____	_____	42
-------	-------	----





Premiers pas

PREMIÈRE CONNEXION (1/3)

ÉTAPE 1 - IDENTIFICATION

Lors de votre 1^{ère} connexion, vous pouvez vous identifier en utilisant :

- Votre **numéro d'identifiant** indiqué dans le BIA
- Ou votre **adresse e-mail**
- Ou votre **matricule** mentionné sur votre fiche de paie
- Et votre nom, prénom et date de naissance

The screenshot shows a three-step process: 1. S'identifier (highlighted), 2. Mes informations, and 3. Mes consentements. Below the steps, a message reads: "Connectez-vous à votre Espace Intérimaire et accédez à tous vos services en ligne !". The form includes a dropdown menu for "Je sélectionne ma situation *" with the option "J'ai reçu mon Bulletin Individuel d'Affiliation par courrier". Below this are input fields for "N° d'identifiant ? *", "Nom *", "Prénom *", and "Date de naissance *" with a calendar icon. At the bottom are "Annuler" and "Connexion" buttons.

PREMIÈRE CONNEXION (2/3)

ÉTAPE 2 – VOS INFORMATIONS

À l'étape 2, vérifiez que toutes vos informations (déjà existantes dans la base) sont correctes, puis confirmez votre adresse mail.

The screenshot shows a registration form with three steps: 1. S'identifier, 2. Mes informations (current step), and 3. Mes consentements. A message reads: "Connectez-vous à votre Espace Intérimaire et accédez à tous vos services en ligne!".

PERSONNELLES

Civilité *
Monsieur

Nom *
[REDACTED]

Prénom *
KHALID

Numéro Sécurité Sociale (13 chiffres) *
19 [REDACTED]

Date de naissance *
26/03/1991

Rang de naissance *
1

Pays de naissance *
France

Département de naissance (si né(s) en France) *
57 - Moselle

Téléphone
[REDACTED]

Email *
email7019716@s2hgroup.com

Retapez l'adresse mail *
[REDACTED]

ADRESSE POSTALE

Adresse *
[REDACTED]

Complément d'adresse 1
APPARTEMENT 130

Complément d'adresse 2
[REDACTED]

Code Postal *
57070

Localité *
METZ

Pays *
France

Buttons: Annuler, Valider

PREMIÈRE CONNEXION (3/3)

ÉTAPE 3 - CONSENTEMENTS

À l'étape 3, vos consentements, conformément au **règlement RGPD**, sont requis.

Une fois le formulaire validé, vous recevrez un e-mail vous **confirmant la création de votre compte** suivi d'un **lien pour créer votre mot de passe**.

The screenshot shows the 'Mes consentements' step of a registration process. At the top, a progress bar indicates three steps: 1. S'identifier, 2. Mes informations, and 3. Mes consentements (the current step). Below the progress bar, the text reads: 'Connectez-vous à votre Espace Intérimaire et accédez à tous vos services en ligne !'.

The main form area contains the following elements:

- A confirmation statement: 'Je connecte INTÉRIMAIRES SANTÉ et PÔLE EMPLOI' with a question mark icon and an asterisk.
- Two buttons: 'Oui' (selected) and 'Non'.
- A statement: 'J'accepte de recevoir la newsletter Actu'Santé' with an asterisk.
- Three buttons: 'SMS', 'E-mail' (selected), and 'Non'.
- A statement: 'J'accepte de recevoir des informations de prévention' with an asterisk.
- Three buttons: 'SMS', 'E-mail', and 'Non' (selected).
- A statement: 'J'accepte de recevoir des offres de services de la part de SIACI SAI' with an asterisk.
- Three buttons: 'SMS', 'E-mail', and 'Non' (selected).
- At the bottom, two buttons: 'Annuler' (red) and 'Valider' (teal).

An inset window on the right shows a confirmation message: 'Connectez-vous à votre Espace Intérimaire et accédez à tous vos services en ligne !' and 'Vos données ont bien été validées. Un email vient de vous être envoyé avec vos informations de connexion.' Below this message are input fields for 'Email', 'Date de naissance' (with a calendar icon and the value '29/03/1974'), and 'Mot de passe' (with a strength indicator and an eye icon). A link 'Mot de passe oublié?' is visible below the password field. At the bottom of the inset are two buttons: 'Première connexion' (teal) and 'Connexion' (teal).

CONSETEMENTS RGPD

CONSETEMENTS OBLIGATOIRES

Si vous avez déjà activé votre espace, **les consentements RGPD** sont obligatoires et s'affichent sous forme de pop-in.

Résumé de ma situation

Mes consentements

Je connecte INTÉRIMAIRES SANTÉ et PÔLE EMPLOI ? *

Oui Non

J'accepte de recevoir la newsletter Actu'Santé *

SMS E-mail Non

J'accepte de recevoir des informations de prévention *

SMS E-mail Non

J'accepte de recevoir des offres de services de la part de SIACI SAINT HONORE *

SMS E-mail Non

Valider



Parcours d'affiliation

LE PARCOURS D’AFFILIATION

PARCOURS EN 5 ÉTAPES

Le parcours d’affiliation (facultatif et obligatoire) se fait en 5 étapes :

1. **Votre dossier**
2. **Vos options**
3. **Vos aides financières**
4. **Vos coordonnées bancaires**
5. **Le résumé de votre demande**

Mes démarches

Régime facultatif

Bienvenue Prénom + Nom

Simple et rapide : je demande l'adhésion anticipée en quelques clics

- Je renseigne ou je me modifie mon dossier
- Je demande des options
- Je demande une aide financière
- J'accède au récapitulatif de mon dossier
- Je valide mon dossier

Adhérer de manière anticipée

Mes démarches

Régime obligatoire

Bienvenue Prénom + Nom

Simple et rapide : Je l'adhésion anticipée en quelques clics

- Je renseigne ou je me modifie mon dossier
- Je demande des options
- Je demande une aide financière
- J'accède au récapitulatif de mon dossier
- Je valide mon dossier

Compléter mon dossier

ÉTAPE 1 – MON DOSSIER

ÉTAPE 1 - VOTRE DOSSIER

L'étape 1 permet de collecter et vérifier les informations liées à votre dossier:

- **Numéro d'organisme d'affiliation**
- **Attestation de droits de sécurité sociale**
- **Régime Alsace-Moselle**
- **Télétransmission NOEMIE**
- **Format de la carte tiers payant**

1 Mon dossier personnel 2 Mes options 3 Aides financières 4 Mes coordonnées bancaires 5 Résumé de ma démarche

Informations personnelles

Merci de vérifier, compléter et tenir à jour les informations ci-dessous :

Numéro de Sécurité Sociale (13 chiffres) * 27

Numéro d'organisme d'affiliation ? * 0

Joindre votre attestation de droits Sécurité sociale *

PDF / JPEG / PNG : TEST.pdf

Je suis inscrit au régime local d'Alsace Moselle *

Non Oui

Mes communications

Je souhaite activer la télétransmission NOEMIE ? *

Non Oui

Je souhaite recevoir ma carte de tiers payant uniquement au format web *

Non Oui

* Champ obligatoire

Précédent Valider et passer à l'étape suivante

ÉTAPE 2 – MES OPTIONS

ÉTAPE 2 - DEUX OPTIONS

L'étape 2 vous offre la possibilité de souscrire aux options :

- **GARANTIE+**
- **FAMILLE**

Vous pouvez également faire une simulation du prix sur votre profil avant de souscrire à une option en cliquant sur le bouton « **Faire une simulation du prix** ».

1 Mon dossier personnel 2 **Mes options** 3 Aides financières 4 Mes coordonnées bancaires 5 Résumé de ma démarche

Mes options

Je bénéficie automatiquement de la Garantie de base Intérimaire Santé. Selon mes besoins, je peux souscrire aux options suivantes :

- l'Option Garantie + : pour augmenter le montant de mes remboursements,
- l'Option Famille : pour étendre ma couverture aux membres de ma famille.

Faire une simulation du prix

Option GARANTIE + € Coût mensuel

L'option **Garantie +** vous permet d'améliorer vos remboursements de frais de santé. Cette option s'applique également à l'Option Famille si vous l'avez souscrite.

Avantages :

- Meilleure prise en charge des frais de dépassement d'honoraires pratiqués par vos professionnels de santé
- Meilleurs remboursements de vos frais optiques et dentaires

[Télécharger le tableau des garanties](#)

Option FAMILLE

L'option "famille" permet de couvrir les membres de votre famille et si vous choisissez l'option Garantie + pour de meilleurs remboursements, celle-ci s'appliquera aux membres de votre famille.

Coût mensuel

Tarif 0,00 €

(hors aide financière et hors régime de base proposées à l'étape suivante)

* Champ obligatoire

Précédent Valider et passer à l'étape suivante

ÉTAPE 2 – MES OPTIONS

SIMULATION DE PRIX

La « **Simulation de prix** » vous permet de renseigner le type et le nombre de bénéficiaires qui seront liés à votre contrat.

Le choix de vos bénéficiaires permet de calculer le coût mensuel avec ou sans l'option GARANTIE+.

Simulation de prix

Une(e) conjoint(e) à assurer ? * Non Oui

Des enfants à assurer ? Précisez le nombre *

Résultat de la simulation:

Tarif Maximum (hors aide financière et hors régime de base proposées à l'étape suivante)

- Avec l'Option Garantie + € Coût mensuel
- Sans l'Option Garantie + € Coût mensuel

Quelques exemples de l'impact de notre Garantie + sur le niveau de remboursement de vos soins

Pour une consultation d'un médecin spécialisé (50 euros):

AVEC GARANTIE +	RESTE À CHARGE 5€
SANS GARANTIE +	RESTE À CHARGE 25€

ÉTAPE 2 – MES OPTIONS

OPTION GARANTIE+

Si l'option GARANTIE+ est cochée, le tarif sera affiché en bas de la page.

Option GARANTIE + € **Coût mensuel**

L'option Garantie + vous permet d'améliorer vos remboursements de frais de santé. [Cette option s'applique également à l'Option Famille si vous l'avez souscrite.](#)

Avantages :

- Meilleure prise en charge des frais de dépassement d'honoraires pratiqués par vos professionnels de santé
- Meilleurs remboursements de vos frais optiques et dentaires

[Télécharger le tableau des garanties](#)

Coût mensuel

Tarif €

(hors aide financière et hors régime de base proposées à l'étape suivante)

* Champ obligatoire

ÉTAPE 2 – MES OPTIONS

OPTION FAMILLE

Si vous cochez l'option FAMILLE, vous devez renseigner les informations liées à vos bénéficiaires (voir détails slide suivante).

Conjoint :

- Epoux(se)
- Partenaire pacsé
- Concubin(e)

Enfant :

- Moins de 21 ans
- 21 à 27 ans
- Enfant infirme de plus de 27 ans

Vous avez la possibilité d'ajouter 1 conjoint et 10 enfants maximum à votre contrat.

Option FAMILLE

L'option "famille" permet de couvrir les membres de votre famille et si vous choisissez l'option Garantie + pour de meilleurs remboursements, celle-ci s'appliquera aux membres de votre famille

[Ajouter un ayant droit](#)

Option FAMILLE

L'option "famille" permet de couvrir les membres de votre famille et si vous choisissez l'option Garantie + pour de meilleurs remboursements, celle-ci s'appliquera aux membres de votre famille

 **€ Coût mensuel**

Qualité *
Conjoint

Nom *
[input type="text"]

Numéro de sécurité sociale (13 chiffres) ? *
[input type="text"]

Je souhaite que mes décomptes de santé soient automatiquement transférés entre la sécurité sociale et Intérimaires santé ? *
Choisir

Précision sur le bénéficiaire *
[input type="text"]

Choisir
Epoux(se)
Partenaire pacsé
Concubin(e)

Date de naissance *
[input type="text"]

Attestation de droits de Sécurité sociale *
PDF / JPEG / PNG

[Supprimer cet ayant droit](#)

[Ajouter un ayant droit](#)

ÉTAPE 2 – MES OPTIONS

OPTION FAMILLE – PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

Conjoint :

1. Epoux(se) :

- Attestation de Sécurité Sociale
- Livret de famille ou Certificat de mariage

2. Partenaire pacsé :

- Attestation de Sécurité Sociale
- Déclaration faite auprès du greffe du tribunal d'instance

3. Concubin(e) :

- Attestation de Sécurité Sociale
- Attestation sur l'honneur de vie commune

Enfant :

1. Moins de 21 ans :

- Attestation de Sécurité Sociale
- Avis d'imposition

2. 21 à 27 ans :

- Attestation de Sécurité Sociale
- Avis d'imposition
- Certificat de scolarité

3. Enfant infirme de plus de 27 ans :

- Attestation de Sécurité Sociale
- Avis d'imposition

ÉTAPE 3 – AIDES FINANCIÈRES

ÉTAPE 3 - VERSEMENT SANTÉ & FASTT

L'étape 3 permet de demander des aides financières en fonction du régime auquel vous êtes affilié.

Pour le régime facultatif (adhésion anticipée) :

- Versement Santé (pré-coché)
- FASTT

Pour le régime obligatoire :

- FASTT (si option FAMILLE)

1 Mon dossier personnel 2 Mes options 3 Aides financières 4 Mes coordonnées bancaires 5 Résumé de ma démarche

Versement santé

Grâce à votre adhésion anticipée, vous bénéficiez du Versement Santé sans démarche supplémentaire de votre part. Le Versement Santé est une aide financière versée par votre employeur avec votre salaire et mentionnée sur votre fiche de paie. Elle vous permet de réduire le montant de votre cotisation.

Montant de l'aide financière accordée avec le Versement santé :

- Régime local d'Alsace Moselle € par heure payée par mon agence d'intérim

Cette aide prendra fin une fois que vous aurez effectué plus de 414 heures de missions (comptées sur les 12 derniers mois). Si vous le souhaitez, vous pouvez demander la participation financière du FASTT. Ces aides ne sont pas cumulables.

FASTT

Le FASTT (Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire) peut financer 50% de la cotisation du régime facultatif. Ce régime comprend la garantie de base avec adhésion anticipée et les options (Famille et Garantie +). Cette aide financière est attribuée sous condition de ressources.

Pour savoir si je peux en bénéficier, j'effectue un test d'éligibilité en complétant les champs ci-dessous.

Vérification d'éligibilité

Salaires, pensions, rentes nets figurant sur votre avis d'imposition * Nombre de parts *

Vérifier l'éligibilité au FASTT

* Champ obligatoire

Précédent Valider et passer à l'étape suivante

ÉTAPE 4 – COORDONNÉES BANCAIRES

ÉTAPE 4 - MODE DE REMBOURSEMENT

L'étape 4 permet de choisir le moyen de remboursement de vos frais de santé :

- **Soit par chèque**
- **Soit par virement bancaire**

Mes démarches

1 Mon dossier personnel 2 Mes options 3 Aides financières 4 **Mes coordonnées bancaires** 5 Résumé de ma démarche

Mes coordonnées bancaires

Mes prestations de santé peuvent m'être remboursées par chèque ou par virement sur mon compte bancaire. Le remboursement par virement bancaire permet un remboursement **plus rapide et sans démarche** auprès de ma banque.

Je choisis le mode de remboursement de mes prestations de santé *

- * Chèque
- Virement bancaire

Précédent Valider et finaliser mon affiliation

ÉTAPE 4 – COORDONNÉES BANCAIRES

COORDONNÉES BANCAIRES

Dans le cas où vous choisissez le remboursement par **chèque**, aucune information concernant vos coordonnées bancaires ne sera demandée.

Dans le cas où vous choisissez le remboursement par **virement**, vous devrez remplir les champs liés à vos coordonnées bancaires et télécharger votre attestation de RIB.

Mes coordonnées bancaires

Mes prestations de santé peuvent m'être remboursées par chèque ou par virement sur mon compte bancaire. Le remboursement par virement bancaire permet un remboursement **plus rapide et sans démarche** auprès de ma banque.

Je choisis le mode de remboursement de mes prestations de santé *

Virement bancaire

Titulaire du compte *

NOM PRENOM

Banque *

HSBC

IBAN (International Bank Account Number) *

FR:

Code BIC (Bank Identification Code) - Code Swift

Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) *

PDF / JPEG / PNG

Je déclare que je ne suis pas le titulaire du compte

Oui Non

ÉTAPE 4 – COORDONNÉES BANCAIRES

COORDONNÉES BANCAIRES

Dans le cas d'une adhésion anticipée ou une souscription d'options, vous devez remplir le **mandat SEPA**.

Si vous utilisez le même compte pour les prélèvements des cotisations et les remboursements, cliquez sur « **Oui** », puis cochez la case « **J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus...** »

Je déclare que le RIB pour le paiement de mes cotisations est le même que pour le remboursement * Oui Non

La cotisation de mes options sera prélevée sur mon compte bancaire.

Titulaire du compte * Banque *

IBAN (International Bank Account Number) * Code BIC (Bank Identification Code) - Code Swift

Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) *

Je déclare que je ne suis pas le titulaire du compte Oui Non

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et autorise SIACI SAINT HONORE à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de SIACI SAINT HONORE, je bénéficie d'un droit à remboursement par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte. Mes droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque. Les informations ci-dessus sont obligatoires et nécessaires à mon créancier afin de mettre en oeuvre le mandat de prélèvement européen. *

* Champ obligatoire

Précédent

ÉTAPE 5 – RÉSUMÉ DE MA DÉMARCHE

ÉTAPE 5 - RESUMÉ DES ÉTAPES

L'étape 5 est le résumé de toutes les étapes précédentes. Elle permet de vérifier et/ou modifier vos informations si besoin.

Résumé de ma démarche

Merci de vérifier et attester l'exactitude des informations ci-dessous.

Mes coordonnées

Prénom: CHRISTINE
Date de naissance: 25/08/67
Téléphone: [redacted]
Pays de naissance: BE
Adresse: [redacted]
France

Nom: [redacted]
Rang de naissance: 1
Département de naissance (si né(s) en France): 99
Email: [redacted]

Modifier

Mon affiliation

Ma situation est la suivante:
Je m'affilie au Régime Facultatif INTERIMAIRE SANTE (cotisation à 100% à votre charge et payée par prélèvement SEPA)

Mon assurance maladie

Numéro Sécurité Sociale (13 chiffres): [redacted]
Organisme d'affiliation: [redacted]

Je suis soumis à un régime local de Sécurité sociale (Alsace-Moselle)?
Non

Je souhaite que mes décomptes de santé soient automatiquement transférés entre la sécurité sociale et INTERIMAIRES SANTE ? (NOEMIE)
Oui

Je choisis de recevoir ma carte Tiers Payant au format papier
Oui

Modifier

ÉTAPE 5 – RÉSUMÉ DE MA DÉMARCHE

RESUMÉ DES ÉTAPES – MES OPTIONS

Dans la rubrique « **Mes options** », si une demande du FASTT a été effectuée, vous pourrez visualiser le montant de la réduction.

The screenshot displays the 'Mes options' section of a web application. It features a header with a gear icon and the text 'Mes options'. Below this, there are two main sections: 'Option GARANTIE +' and 'Option FAMILLE'. The 'Option FAMILLE' section includes a note: 'Les 2 ayants droits suivants bénéficieront du même niveau de garantie que moi.' Below this note are two columns of personal information for each beneficiary, with some fields redacted by yellow boxes. The 'Option GARANTIE +' section is followed by a table summarizing the costs and reductions. A callout box highlights the FASTT reduction amount.

Coût Mensuel	
Option GARANTIE +	11,87 €
Option FAMILLE	+ 75,47 €
Réduction FASTT	- 37,74 €
Total maximum	= 49,60 €

La réduction sera effective après validation de votre demande

Modifier

ÉTAPE 5 – RÉSUMÉ DE MA DÉMARCHE

RESUMÉ DES ÉTAPES - VALIDATION

Une fois vos informations modifiées et/ou vérifiées, cochez la case « **J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus...** », puis validez votre demande.

The screenshot shows a web form titled "Mes coordonnées bancaires" (My banking details). It is divided into two main sections: "Mes coordonnées de remboursement" (My reimbursement details) and "Mes coordonnées de prélèvement" (My debit details). Each section contains fields for "Mon mode de remboursement" (My reimbursement method), "Banque" (Bank), and "IBAN (International Bank Account Number)". The "Mes coordonnées de remboursement" section also includes fields for "Nom et Prénom du titulaire du compte" (Name and first name of the account holder) and "Code BIC (Bank Identification Code) - Code Swift". A "Modifier" (Modify) button is located below the debit details. At the bottom of the form, there is a checkbox labeled "J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, ainsi que l'authenticité des documents justificatifs transmis" (I attest to the accuracy of the information provided above, as well as the authenticity of the supporting documents transmitted), which is highlighted with a red box. Below the checkbox is a note: "* Champ obligatoire" (Mandatory field). At the bottom left is a "Précédent" (Previous) button, and at the bottom right is a "Valider ma demande" (Validate my request) button.

Mes coordonnées bancaires

Mes coordonnées de remboursement

Mon mode de remboursement
Virement bancaire

Nom et Prénom du titulaire du compte
NOM PRENOM

Banque
-

Code BIC (Bank Identification Code) - Code Swift
-

IBAN (International Bank Account Number)
-

Mes coordonnées de prélèvement

Nom et Prénom du titulaire du compte
NOM PRENOM

Banque
-

Code BIC (Bank Identification Code) - Code Swift
-

IBAN (International Bank Account Number)
-

Modifier

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, ainsi que l'authenticité des documents justificatifs transmis *

* Champ obligatoire

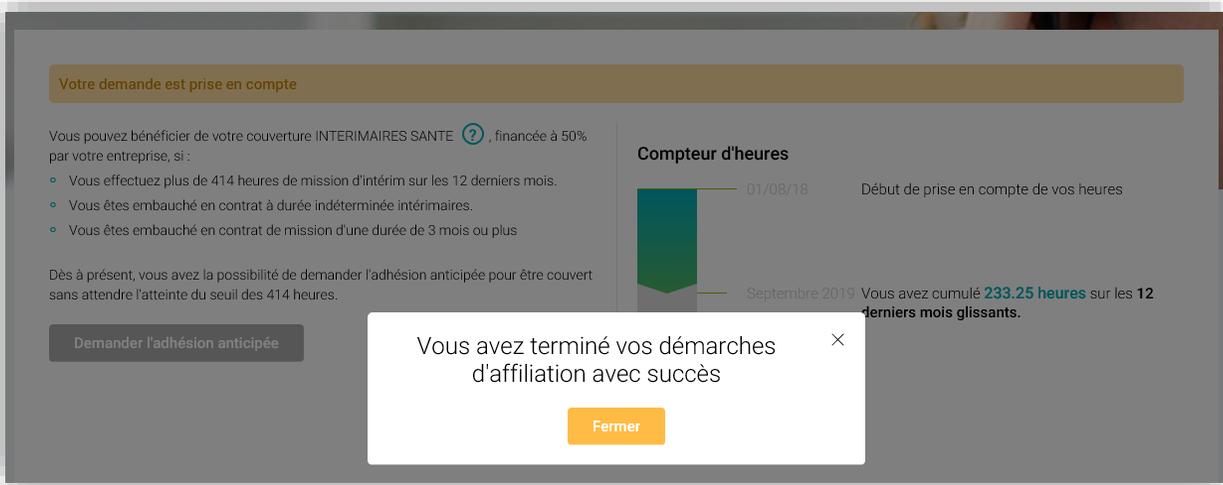
Précédent **Valider ma demande**

FINALISATION DE LA DEMANDE

PRISE EN COMPTE DE LA DEMANDE

Après validation, un message vous informe que votre demande est terminée.

Une fois le dossier validé, la page d'accueil affichera les **informations relatives à votre contrat** (date d'affiliation, aide, options, etc...).



Votre demande est prise en compte.

Vous pouvez bénéficier de votre couverture INTERIMAIRES SANTE [?], financée à 50% par votre entreprise, si :

- Vous effectuez plus de 414 heures de mission d'intérim sur les 12 derniers mois.
- Vous êtes embauché en contrat à durée indéterminée intérimaires.
- Vous êtes embauché en contrat de mission d'une durée de 3 mois ou plus.

Dès à présent, vous avez la possibilité de demander l'adhésion anticipée pour être couvert sans attendre l'atteinte du seuil des 414 heures.

[Demander l'adhésion anticipée](#)

Compteur d'heures

01/08/18 Début de prise en compte de vos heures

Septembre 2019 Vous avez cumulé **233.25 heures** sur les 12 derniers mois glissants.

Vous avez terminé vos démarches d'affiliation avec succès

[Fermer](#)



Demande de dispense

RENONCER À INTÉRIMAIRES SANTÉ

DEMANDE DE DISPENSE - EMBLACEMENT

Si vous souhaitez renoncer à Intérimaires Santé, vous pouvez faire votre demande de dispense depuis:

- **La page d'accueil** en cliquant sur le bouton « **Renoncer à Intérimaires santé** » (si vous n'êtes pas encore affilié)
- Le menu « **Mon Dossier** » en cliquant sur « **Renoncer à Intérimaires Santé (Dispense)** »

The screenshot displays the 'Accueil - Espace interimaire' page. The main content area includes a text block explaining the 414-hour rule and a 'Compteur d'heures' section with a bar chart showing 361.5 hours for September 2019. Two buttons are visible: 'Compléter mon dossier' and 'Renoncer à INTÉRIMAIRES SANTÉ', with the latter highlighted by a red box. The bottom navigation bar also features a 'Renoncer à Intérimaires Santé (Dispense)' button, also highlighted in red.

Accueil - Espace interimaire

Vous avez réalisé des heures de mission d'intérim au cours des 12 derniers mois et vous serez prochainement couvert de manière automatique par INTÉRIMAIRES SANTÉ, le régime de complémentaire santé obligatoire des salariés intérimaires ?

Dès à présent, vous avez la possibilité de :

- Compléter votre dossier pour accélérer vos remboursements et simplifier vos démarches,
- renoncer à l'affiliation automatique afin de ne pas bénéficier d'INTÉRIMAIRES SANTÉ lors du passage des 414 heures (sous conditions).

Compteur d'heures

01/08/18 Début de prise en compte de vos heures

Septembre 2019 Vous avez cumulé **361.5 heures** sur les 12 derniers mois glissants.

414h ?

Compléter mon dossier Renoncer à INTÉRIMAIRES SANTÉ

INTÉRIMAIRES SANTÉ La mutuelle des salariés intérimaires

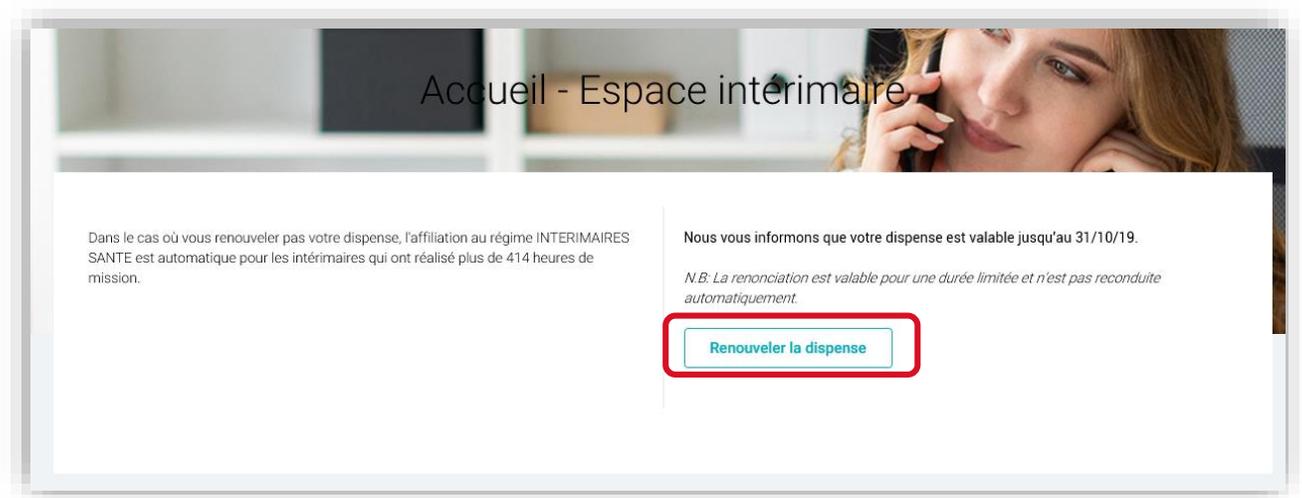
Accueil Espace Assuré Mon Dossier Options Aides Financières Contact

Consulter mon Dossier Mes Heures Travaillées Renoncer à Intérimaires Santé (Dispense)

RENONCER À INTÉRIMAIRES SANTÉ

DEMANDE DE DISPENSE – MOINS DE 3 MOIS

Dans le cas où vous avez déjà une dispense en cours, **dont la date d'expiration est inférieure à 3 mois**, vous pouvez renouveler votre dispense depuis la page d'accueil en cliquant sur le bouton « **Renouveler la dispense** ».

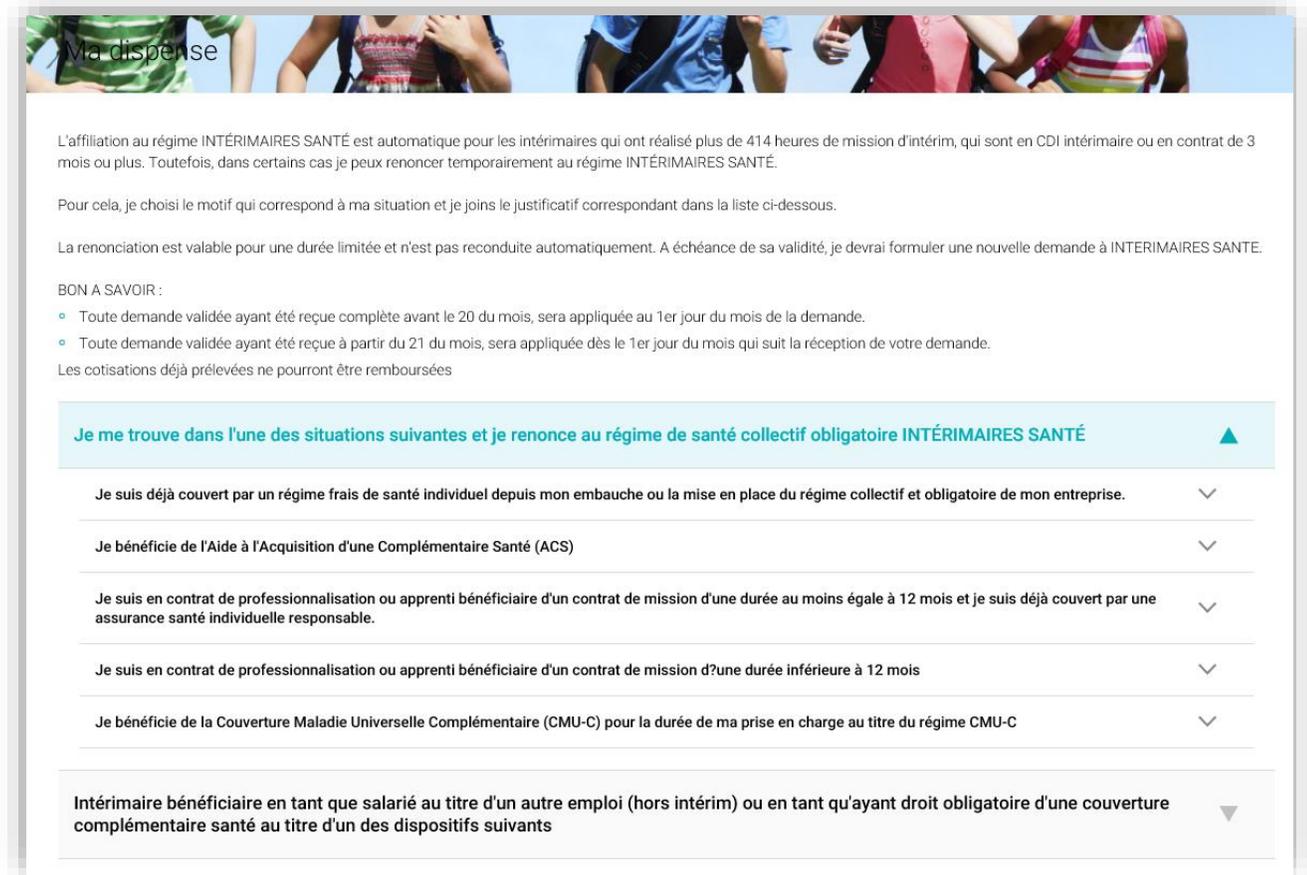


RENONCER À INTÉRIMAIRES SANTÉ

DEMANDE DE DISPENSE - JUSTIFICATIFS

La page « **Renoncer à Intérimaires Santé (dispense)** » affiche les différents cas de dispense.

Vous devez renseigner la date de début et de fin de votre dispense et/ou télécharger le justificatif correspondant à votre situation.



Ma dispense

L'affiliation au régime INTÉRIMAIRES SANTÉ est automatique pour les intérimaires qui ont réalisé plus de 414 heures de mission d'intérim, qui sont en CDI intérimaire ou en contrat de 3 mois ou plus. Toutefois, dans certains cas je peux renoncer temporairement au régime INTÉRIMAIRES SANTÉ.

Pour cela, je choisis le motif qui correspond à ma situation et je joins le justificatif correspondant dans la liste ci-dessous.

La renonciation est valable pour une durée limitée et n'est pas reconduite automatiquement. A échéance de sa validité, je devrai formuler une nouvelle demande à INTERIMAIRES SANTE.

BON A SAVOIR :

- Toute demande validée ayant été reçue complète avant le 20 du mois, sera appliquée au 1er jour du mois de la demande.
- Toute demande validée ayant été reçue à partir du 21 du mois, sera appliquée dès le 1er jour du mois qui suit la réception de votre demande.

Les cotisations déjà prélevées ne pourront être remboursées

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je renonce au régime de santé collectif obligatoire INTÉRIMAIRES SANTÉ ▲

- Je suis déjà couvert par un régime frais de santé individuel depuis mon embauche ou la mise en place du régime collectif et obligatoire de mon entreprise. ▼
- Je bénéficie de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) ▼
- Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et je suis déjà couvert par une assurance santé individuelle responsable. ▼
- Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ▼
- Je bénéficie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) pour la durée de ma prise en charge au titre du régime CMU-C ▼

Intérimaire bénéficiaire en tant que salarié au titre d'un autre emploi (hors intérim) ou en tant qu'ayant droit obligatoire d'une couverture complémentaire santé au titre d'un des dispositifs suivants ▼

RENONCER À INTÉRIMAIRES SANTÉ

TYPE DE DISPENSE	DATE DE DEBUT	DATE DE FIN	JUSTIFICATIFS
Je suis déjà couvert par un régime frais de santé individuel depuis mon embauche ou la mise en place du régime collectif et obligatoire de mon entreprise.	OUI	OUI	Attestation d'assurance
Je suis intérimaire bénéficiaire d'une Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé. (ACS)	-	-	Attestation de tiers-payant intégral OU Attestation de l'aide à la complémentaire santé ET Attestation d'assurance
Je suis intérimaire en contrat de professionnalisation ou apprentis bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous les documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garantie.	-	-	Contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02) ET Attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle OU Contrat d'apprentissage (cerfa n° 10103*05) ET Attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle
Je suis intérimaire en contrat de professionnalisation ou apprentis bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois même si je ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.	-	-	Contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02) ou d'apprentissage (cerfa n° 10103*05)
Je suis intérimaire bénéficiaire de la Caisse Maladie Universelle Complémentaire. (CMU-C)	-	-	Attestation de droits à la CMU complémentaire
Régime frais de santé obligatoire d'une autre entreprise	-	-	Attestation de couverture de l'assureur, du gestionnaire ou de l'entreprise
Régime local d'assurance maladie Alsace Moselle	-	-	Régime local d'assurance maladie Alsace Moselle
Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)	-	-	Attestation de couverture de la CAMIEG
Régime de protection sociale des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale	-	-	Attestation de couverture de la fonction publique
Régime d'assurance de groupe dit "Madelin" destiné aux travailleurs indépendants	-	-	Attestation de couverture dit "Madelin"



Maintien gratuit (portabilité)

MAINTIEN GRATUIT - PORTABILITÉ

MAINTIEN GRATUIT - JUSTIFICATIFS

À la fin de votre mission, vous bénéficiez du maintien gratuit de votre garantie de base dont la durée **varie de 2 à 12 mois** et ce, en envoyant les justificatifs nécessaires.

Ces justificatifs peuvent être envoyés :

- À partir de la page d'accueil en cliquant sur le bouton « **Envoyer les pièces justificatives** »
- Ou automatiquement en activant « **Pôle Emploi** »

Accueil - Espace intérimaire

Résumé de ma situation

- ✓ Je suis affilié au régime obligatoire INTERIMAIRE SANTE depuis le 01/03/16
- Je ne bénéficie pas encore d'aides financières. [Faites votre demande](#)
- Je bénéficie du maintien gratuit de ma garantie de base si je ne suis plus en mission
- La télétransmission NOEMIE est activée
- Je reçois le paiement de mes remboursements de santé par virement.
- Je bénéficie de la Garantie+
Je bénéficie de l'Option Famille 1 ayants droit sont affiliés à mon contrat - option Famille.

Le maintien gratuit de ma Garantie de base est valable jusqu'au 30/11/19

Pour continuer à bénéficier du maintien gratuit, merci de nous transmettre les justificatifs nécessaires.

Envoyer les pièces justificatives

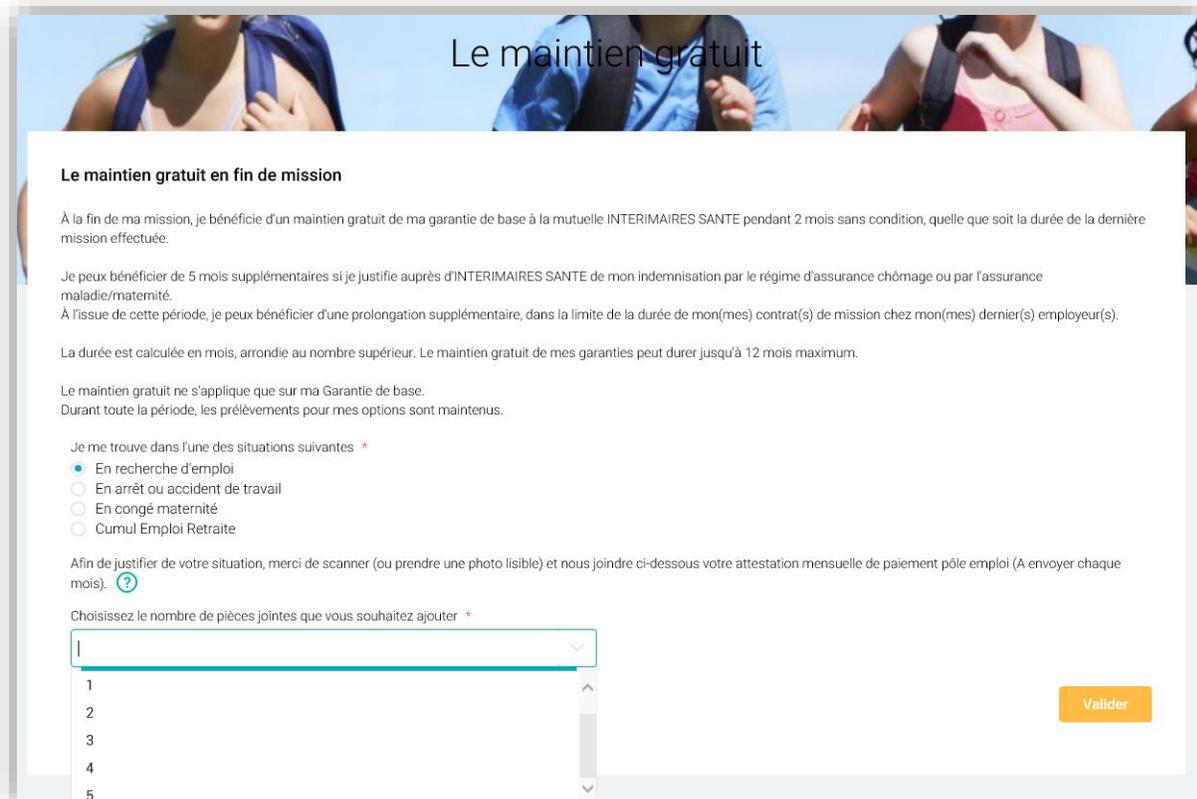
Si le premier jour de votre nouvelle mission est survenu avant le 01/12/19 vous continuerez à bénéficier du régime obligatoire.

MAINTIEN GRATUIT - PORTABILITÉ

MAINTIEN GRATUIT - JUSTIFICATIFS

Dans le cas où les justificatifs du maintien gratuit sont envoyés manuellement, vous devez télécharger les pièces justificatifs correspondant à votre situation.

5 pièces au maximum sont autorisées.



Le maintien gratuit

Le maintien gratuit en fin de mission

À la fin de ma mission, je bénéficie d'un maintien gratuit de ma garantie de base à la mutuelle INTERIMAIRES SANTE pendant 2 mois sans condition, quelle que soit la durée de la dernière mission effectuée.

Je peux bénéficier de 5 mois supplémentaires si je justifie auprès d'INTERIMAIRES SANTE de mon indemnisation par le régime d'assurance chômage ou par l'assurance maladie/maternité.

À l'issue de cette période, je peux bénéficier d'une prolongation supplémentaire, dans la limite de la durée de mon(mes) contrat(s) de mission chez mon(mes) dernier(s) employeur(s).

La durée est calculée en mois, arrondie au nombre supérieur. Le maintien gratuit de mes garanties peut durer jusqu'à 12 mois maximum.

Le maintien gratuit ne s'applique que sur ma Garantie de base.
Durant toute la période, les prélèvements pour mes options sont maintenus.

Je me trouve dans l'une des situations suivantes *

- En recherche d'emploi
- En arrêt ou accident de travail
- En congé maternité
- Cumul Emploi Retraite

Afin de justifier de votre situation, merci de scanner (ou prendre une photo lisible) et nous joindre ci-dessous votre attestation mensuelle de paiement pôle emploi (A envoyer chaque mois). ?

Choisissez le nombre de pièces jointes que vous souhaitez ajouter *

1

2

3

4

5

Valider

MAINTIEN GRATUIT - PORTABILITÉ

MAINTIEN GRATUIT – OPTIONS

Pendant la période du Maintien Gratuit, vous pouvez modifier vos options si vous avez retrouvé une mission. Cochez alors la case « **J'ai repris une mission...** », puis téléchargez votre nouveau contrat de travail.

1 Mon dossier personnel 2 Mes options 3 Aides financières 4 Mes coordonnées bancaires 5 Résumé de ma démarche

Mes options

Je bénéficie automatiquement de la Garantie de base Intérimaire Santé. Selon mes besoins, je peux souscrire aux options suivantes :

- L'Option Garantie + : pour augmenter le montant de mes remboursements,
- L'Option Famille : pour étendre ma couverture aux membres de ma famille.

[Faire une simulation du prix](#)

Si j'ai repris une mission, pendant la période de maintien gratuit, je peux modifier les options sur mon contrat.

J'ai repris une mission et je souhaite modifier mes options

Merci de nous transmettre votre contrat de travail *

Option GARANTIE + € Coût mensuel

L'option Garantie + vous permet d'améliorer vos remboursements de frais de santé. [Cette option s'applique également à l'Option Famille si vous l'avez souscrite.](#)

Avantages :

- Meilleure prise en charge des frais de dépassement d'honoraires pratiqués par vos professionnels de santé
- Meilleurs remboursements de vos frais optiques et dentaires

[Télécharger le tableau des garanties](#)

Option FAMILLE

L'option "famille" permet de couvrir les membres de votre famille et si vous choisissez l'option Garantie + pour de meilleurs remboursements, celle-ci s'appliquera aux membres de votre famille



05.

Résilience

RÉSILIATION

RÉSILIATION - JUSTIFICATIFS

Vous pouvez demander la résiliation de votre contrat en envoyant le justificatif nécessaire via le menu « **Mon dossier** », puis « **Résilier** ».

The screenshot displays the 'Mon Dossier' menu on the Intérimaires Santé website, with the 'Résilier' option highlighted. Below, two forms are shown for requesting cancellation. The first form is for the 'Régime obligatoire' (mandatory regime), which lists conditions such as signing a new contract, retirement, or moving abroad. The second form is for the 'Régime facultatif' (optional regime), which requires a complementary universal health coverage (CMU-C) and a two-month notice period. Both forms include a file upload field for a certificate of employment or employer attestation and a 'Résilier' button.

INTÉRIMAIRES SANTÉ
LA MUTUELLE DES SALARIÉS INTÉRIMAIRES

Accueil Espace Assuré **Mon Dossier** Options Aides Financières Contact

Compléter mon Dossier Renoncer à Intérimaires Santé (Dispense) Télécharger mon certificat d'adhésion
Mes Heures Travaillées Maintien Gratuit **Résilier**

Vous pouvez demander à ne plus être affilié au régime obligatoire INTÉRIMAIRES SANTÉ si:

- Vous avez signé un nouveau contrat de travail (CDI ou CDD) avec une entreprise hors intérim
- Vous partez à la retraite
- Vous déménagez à l'étranger

Merci de nous joindre ci-dessous une copie de votre certificat de travail ou une attestation employeur. *

PDF / JPEG / PNG

Résilier

Vous pouvez demander à ne plus être affilié au régime facultatif INTÉRIMAIRES SANTÉ si:

- Vous justifiez de bénéficier d'un dispositif Couverture Maladie Universelle (CMU) pour sa partie Complémentaire (CMU-C).
- Vous demandez la résiliation au moins deux mois avant la date d'expiration de votre contrat, soit le 31 décembre de l'année en cours. En cas de non résiliation, le contrat se renouvellera à effet du 1er janvier par tacite reconduction.

Merci de nous joindre ci-dessous une copie de votre certificat de travail ou une attestation employeur. *

PDF / JPEG / PNG

Résilier

Régime obligatoire

Régime facultatif

RÉSILIATION

TÉLÉCHARGER VOS CERTIFICATS

Vous avez la possibilité de télécharger

- soit votre **certificat d'adhésion**,
- soit votre **certificat de résiliation**,

directement depuis votre espace, via le menu « **Mon dossier** », puis « **Télécharger mon certificat d'adhésion** » ou « **Télécharger mon certificat de résiliation** ».





Heures travaillées

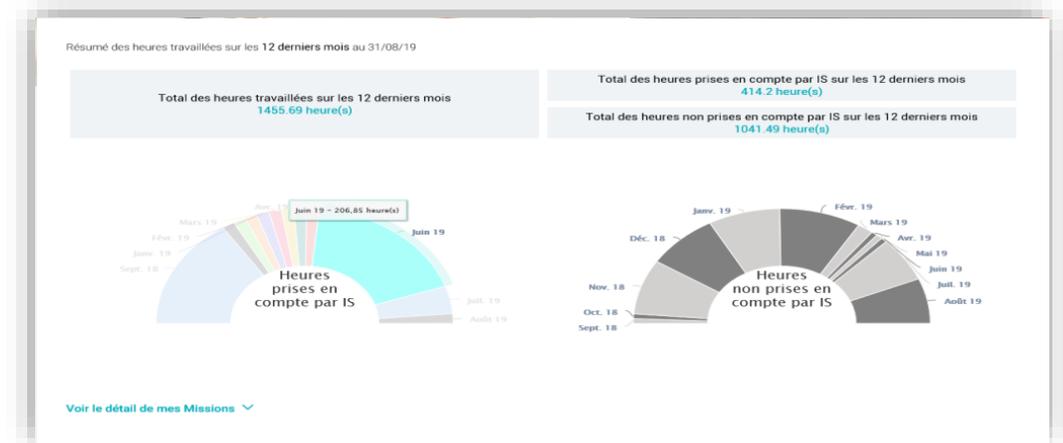
06.

HEURES TRAVAILLÉES

VOLUME DE VOS HEURES

La rubrique « **Heures travaillées** » vous permet de vérifier le **volume de vos heures (globales, éligibles et non éligibles)** travaillées sur les 12 derniers mois.

Aussi, en sélectionnant une période dans la rubrique « **Voir le détail de mes missions** », vous pouvez avoir une vision plus détaillée de vos heures travaillées en fonction de la période choisie.



Voir le détail de mes Missions

Sélectionner une période :

Date de début : 01/05/2019 Date de fin : 31/08/2019

Rechercher

Nature du contrat	Date de début	Date de fin	Raison sociale	Mois de paie	Date de fin prévu	Nb. heures total
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	25/08/19	31/08/19		août 2019	30/08/19	58,09
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	12/08/19	16/08/19		août 2019	16/08/19	33,26
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	15/07/19	09/08/19		août 2019	09/08/19	49,47
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	15/07/19	-		Juillet 2019	02/08/19	92,61
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	06/07/19	13/07/19		Juillet 2019	13/07/19	46
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	01/07/19	04/07/19	GS TOULOUSE	Juillet 2019	-	31
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	23/06/19	28/06/19	GS TOULOUSE	Juin 2019	-	51,2
Contrat de mission (contrat de travail temporaire)	02/06/19	21/06/19	GS TOULOUSE	Juin 2019	-	155,65



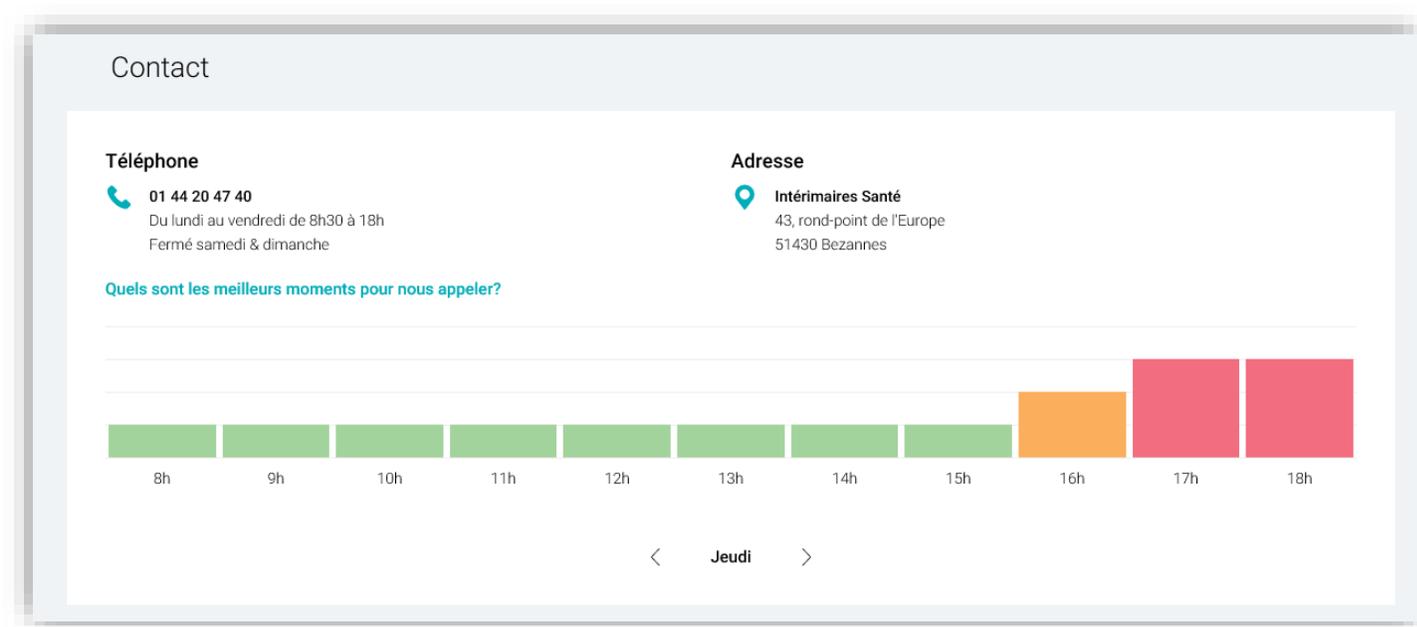
Page contact

07.

RUBRIQUE CONTACT

CONTACT

En plus du numéro de téléphone et l'adresse postale d'Intérimaires Santé, la rubrique Contact vous permet de consulter **l'affluence des appels sur le CRC.**





Alertes

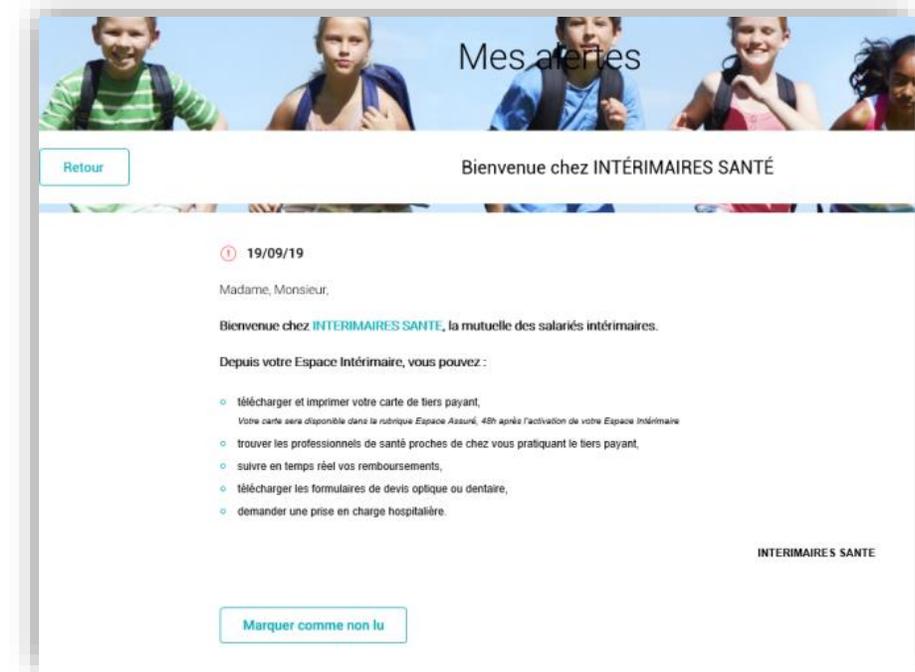
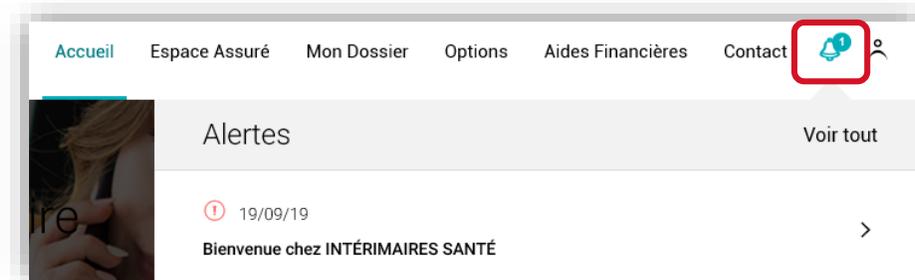
RUBRIQUE ALERTES

ALERTES

Les alertes sont affichées sous forme de pop-in à droite du menu dès que vous vous connectez à votre profil.

Si vous fermez la pop-in, le picto alerte se met en bleu et affiche le nombre d'alertes non lues.

Vous avez la possibilité de visualiser ces alertes durant leur période de validité.





Votre compte

RUBRIQUE MON COMPTE

VOTRE COMPTE

La rubrique liée à votre compte permet de consulter et/ou modifier les informations relatives à votre profil.

The screenshot displays the 'Mon compte' interface with three main sections:

- Mes coordonnées**:
 - Prénom: TEST B
 - Date de naissance: 20/08/83
 - Téléphone: [input field]
 - Pays de naissance: France
 - Adresse postale: [input field]
 - Modifier
- Contacts**:
 - Par quel biais souhaitez-vous être contacté?
 - Téléphone: Non
 - Confirmez vos coordonnées:
 - Téléphone: [input field]
 - Modifier
- Mon assurance maladie**:
 - Numéro Sécurité Sociale (13 chiffres): [input field]
 - Organisme d'affiliation: [input field]
 - Je suis soumis à un régime local de Sécurité sociale (Alsace-Moselle)?
 - Oui
 - Je souhaite que mes décomptes de santé soient automatiquement transférés entre la sécurité sociale et INTERIMAIRES SANTE ? (NOEMIE)
 - Non
 - Je choisis de recevoir ma carte Tiers Payant au format papier.
 - Oui
 - Modifier
- Mes consentements**:
 - Je connecte INTERIMAIRES SANTE et POLE EMPLOI.
 - Oui
 - J'accepte de recevoir la newsletter Actu/Santé.
 - E-mail
 - J'accepte de recevoir des informations de prévention.
 - E-mail
 - J'accepte de recevoir des offres de services de la part de SIACI SAINT HONORE.
 - Non
 - Modifier

CONTACT

Merci d'avoir suivi ce guide !

Pour toute question,
contactez nos équipes au **01 44 20 47 40**.

www.interimairesSante.fr

Suivez-nous sur



INTÉRIMAIRES SANTÉ

La mutuelle des salariés intérimaires