



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 2020



# Sommaire

## 4 Présentation

## 5 Votre régime de base obligatoire

### 5 **Salarié avec ancienneté conventionnelle**

- 5 Quel est l'objet du régime ?
- 5 Quel est le personnel concerné ?
- 5 Comment bénéficié de remboursements rapides ?
- 5 Quels sont les actes et frais garantis ?
- 6 Résumé de la garantie - Régime de base
- 11 Quand débute la garantie ?
- 11 Garantie de couverture
- 11 Quand cesse-t-elle ?
- 11 Peut-elle être maintenue ?
- 13 Cotisations

## 14 Vos régimes de base facultatifs

### 14 **Salarié sans ancienneté conventionnelle (adhésion volontaire anticipée)**

- 14 Quel est l'objet du régime ?
- 14 Quel est le personnel concerné ?
- 14 Comment bénéficié de remboursements rapides ?
- 14 Quels sont les actes et frais garantis ?
- 14 Quand débute la garantie ?
- 14 Quand cesse-t-elle ?

### 15 **Ayants droit**

- 15 Quel est l'objet du régime ?
- 15 Quels sont les bénéficiaires ?
- 15 Comment affilier vos ayants droit ?
- 15 Quels sont les actes et frais garantis ?
- 15 Quand débute la garantie de vos ayants droit ?
- 15 Quand cesse-t-elle ?

## 16 Votre régime surcomplémentaire facultatif « Garantie+ »

### 16 **Salariés et ayants droit**

- 16 Quel est l'objet du régime ?
- 16 Quels sont les bénéficiaires ?
- 16 Comment bénéficié de remboursements rapides ?
- 16 Quels sont les actes et frais garantis ?
- 17 Résumé de la garantie - Régime Garantie+
- 21 Quand débute votre garantie ?
- 21 Quand cesse votre garantie ?

## 22 Dispositions communes à vos régimes facultatifs

- 22 Durée de votre affiliation
- 22 Cotisations
- 22 Indexation
- 22 Adhésion à distance
- 23 Adhésion suite au démarchage de l'assuré

## 24 Généralités

- 24 Exclusions
- 24 Limites de la garantie
- 24 Plafond des remboursements
- 25 Prescription
- 25 Recours contre les tiers responsables
- 25 Réclamations - médiation
- 25 Protection des données à caractère personnel
- 26 Autorité de contrôle

## 27 Modalités de gestion

- 27 Comment s'effectuent vos remboursements ?
- 27 Paiement des prestations
- 27 Demande de justificatifs
- 28 Le tiers payant
- 29 Tiers payant optique avec Almerys
- 29 Trouver un professionnel de santé proche de chez moi
- 29 Accord de prise en charge
- 29 Quelques informations utiles
- 30 Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

## 32 Des aides et services pour faciliter la vie des intérimaires

## 33 Attestation de réception de la notice d'information

- 33 À détacher et à remettre à votre employeur**

# Présentation

Votre entreprise a mis en place le régime 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° 5 du 20 septembre 2019.

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 5 de la présente notice).

En complément de ce régime 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, 104/110, boulevard Haussmann 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 2020. 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

## 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 <sup>(1)</sup> 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.

<sup>(1)</sup> 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.

## Résumé de la garantie – Régime de base

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.

### 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

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Frais de séjour		100 % de la BR
Forfait journalier 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
Chambre particulière		25 € par jour (durée maximale de 7 jours)

## Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR

## Soins courants

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés Sécurité sociale</b>		
– 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
<b>Non remboursés Sécurité sociale</b>		
Chiropraxie, étio-pathie, ostéopathie (Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		25 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
Densitométrie osseuse		35 € par acte
<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 Sécurité sociale		100 % de la BR
<b>Médicaments</b>		
Remboursés Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)		100 % de la BR
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée Sécurité sociale		100 % de la BR
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		150 % de la BR
<b>Actes de prévention remboursés Sécurité sociale</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR

## Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b>	
<b>Aides auditives remboursées Sécurité sociale</b>	
Aides auditives	150 % de la BR + 200 € par oreille / année civile
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	100 % de la BR
<b>À compter du 01/01/2021 :</b>	
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(2)</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)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>
<b>Équipements libres<sup>(4)</sup></b>	
Aides auditives	RSS + 560 € par oreille <sup>(3)</sup>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	100 % de la BR

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.  
(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.  
(3) 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).  
(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

## Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<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 du bénéficiaire 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 Sécurité sociale</b>	
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	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.



## Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300 €

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.

## Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire 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 € par année civile (au minimum 100 % BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	110 € 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 de l'équipement :  
- 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 précédemment s'applique.  
Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique 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.

Montant par verre de classe B (RSS inclus)								
Classe	Défaut visuel			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		
	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)	Cylindre (+)		Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal (pour les majeurs)	Verre Unifocal (pour les mineurs)	Verre Multifocal
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5 Traitement contre les rayures	Indice 1,5 Traitement contre les rayures	33 €	26 €	94 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
2	Sphère	[-4 ; -2[ ou ]+2 ; +4]	0	Indice 1,6 Traitement contre les rayures	Indice 1,6 Traitement contre les rayures	38 €	31 €	104 €
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
3	Sphère	[-6 ; -4[ ou ]+4 ; +6]	0	Indice 1,67 Traitement contre les rayures	Indice 1,67 Traitement contre les rayures	58 €	51 €	124 €
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
4	Sphère	[-8 ; -6[ ou ]+6 ; +8]	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures	Indice 1,74 Traitement contre les rayures	76 €	70 €	144 €
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74	Indice 1,74	104 €	82 €	165 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures	Traitement contre les rayures			
	Sphère	< -8	> 0	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
<b>Monture de classe B (RSS inclus)</b>					<b>60 €</b>			

## 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 5) ;
- 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 11).

\* 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 Sociale 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 du 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 11]) ;
- 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 à titre individuel et de son propre fait.

## Peut-elle être maintenue ?

### En cas de suspension du contrat de travail

#### Principe de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

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 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**, pendant une période maximale de 7 mois. En tout état de cause, ce maintien des garanties n'a pas pour effet de suspendre la période de portabilité (voir définition de la portabilité ci-après).

Si la suspension de contrat de travail se poursuit au-delà de cette période de **7 mois**, le salarié peut demander la poursuite du maintien des garanties, pendant une durée **supplémentaire** maximale de **5 mois**. La cotisation due au titre de cette période supplémentaire est alors prise en charge par le Fonds de solidarité du régime frais de santé des intérimaires.

Si la suspension de contrat de travail se poursuit au-delà de cette période supplémentaire de 5 mois, le salarié peut demander la poursuite du maintien des garanties, tant que son contrat de travail est suspendu, à condition de prendre à sa charge l'intégralité de la cotisation due. En cas de difficultés financières pour le règlement de la cotisation due, le salarié peut demander l'intervention du Fonds d'Action sociale du Travail Temporaire (F.A.S.T.T.).

### **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 arrondie 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

## Non-paiement des cotisations

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

Salarié sans ancienneté conventionnelle  
(adhésion volontaire anticipée)

### Quel est l'objet du régime ?

Vous accorder une prestation en complément des régimes 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 5.

### Comment bénéficiaire 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 6.

### 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.

## Ayants droit

### Quel est l'objet du régime ?

Accorder à votre 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 (salarié ou non).
- Les enfants de moins de 21 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 1<sup>er</sup> 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 6.

### 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.

## Quel est l'objet du régime ?

Améliorer vos remboursements grâce à cette option facultative venant s'ajouter à votre régime de base.

## Quels sont les bénéficiaires ?

- Vous-même, salarié intérimaire de la branche du travail temporaire <sup>(1)</sup>.
- Votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non) ;
- vos enfants à charge (voir définition au titre du chapitre « Vos régimes de base facultatifs - Ayants droit »).

<sup>(1)</sup> Voir conditions d'affiliation page 5.

## Comment bénéficiaire de remboursements rapides ?

Complétez la partie « Adhésion facultative – Régime surcomplémentaire facultatif » du bulletin d'affiliation santé.

Cochez la case « Garantie + » sur le bulletin individuel d'affiliation, et le cas échéant, complétez la partie « vos bénéficiaires ».

## Quels sont les actes et frais garantis ?

Tous les actes et frais courant sur la période de garanties 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 des garanties ci-après.



## Résumé de la garantie – Régime Garantie+

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.

### 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

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<b>En cas d'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
Chambre particulière		25 € par jour (durée maximale 7 jours)

## Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % de la BR

## Soins courants

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés Sécurité sociale</b>		
- 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

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
– 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
<b>Non remboursés Sécurité sociale</b>		
Chiropractie, étio-pathie, ostéopathie (Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		25 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
Densitométrie osseuse		35 € par acte
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)		120 % de la BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale		100 % de la BR
<b>Médicaments</b>		
Remboursés Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)		100 % de la BR
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée Sécurité sociale		100 % de la BR
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, 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

## Aides auditives

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b>		
<b>Aides auditives remboursées Sécurité sociale</b>		
Aides auditives		150 % de la BR + 260 € par oreille / année civile
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>		100 % de la BR
<b>À compter du 01/01/2021 :</b>		
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(2)</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)		RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>
<b>Équipements libres <sup>(4)</sup></b>		
Aides auditives		RSS + 620 € par oreille <sup>(3)</sup>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>		100 % de la BR

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

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

(3) 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).

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

## Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<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 du bénéficiaire 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 Sécurité sociale</b>	
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	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.

## Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300 €

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.

## Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
<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 du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire 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>	

**Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou 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

**Autres dispositifs médicaux d'optique**

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + 125 € par année civile (au minimum 100% BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	125 € 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 de l'équipement:

- 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 précédemment s'applique.
- Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique 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.

Montant par verre de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)								
Classe	Défaut visuel		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			
	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)	Cylindre (+)	Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal (pour les majeurs)	Verre Unifocal (pour les mineurs)	Verre Multifocal	
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5 Traitement contre les rayures	Indice 1,5 Traitement contre les rayures			
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	58 €	51 €	134 €
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			

**Montant par verre de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)**

Classe	Défaut visuel		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		
	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)	Cylindre (+)	Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal (pour les majeurs)	Verre Unifocal (pour les mineurs)	Verre Multifocal	
2	Sphère	[-4 ; -2[ ou ]+2 ; +4]	0	Indice 1,6 Traitement contre les rayures	Indice 1,6 Traitement contre les rayures			
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	68 €	61 €	154 €
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
3	Sphère	[-6 ; -4[ ou ]+4 ; +6]	0	Indice 1,67 Traitement contre les rayures	Indice 1,67 Traitement contre les rayures			
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	78 €	71 €	174 €
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
4	Sphère	[-8 ; -6[ ou ]+6 ; +8]	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures	Indice 1,74 Traitement contre les rayures			
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	96 €	89 €	194 €
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74	Indice 1,74			
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures	Traitement contre les rayures			
	Sphère	< -8	> 0	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	124 €	102 €	205 €
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
<b>Monture de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)</b>					<b>100 €</b>			

### 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 à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception.

## 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 dans le délai de 10 jours suivant la date de l'échéance, il vous est adressé une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, détaillant les conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, vous êtes informé de la cessation automatique des garanties.

## 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'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite 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'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'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'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'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'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 au gestionnaire 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 quatorze 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'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'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie 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 au gestionnaire. 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 quatorze jours ne se sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (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 garantie 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 de la garantie, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale sauf ceux expressément mentionnés dans les résumés des garanties) ;
- 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 de la garantie 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 les organismes coassureurs sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon la garantie souscrite).

Les organismes coassureurs ne prendront pas en charge les soins indemnisés 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.

Sont également exclues les prises en charge :

- des participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- de 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) ;

- des 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 de la garantie

- 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 garantie 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 garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part des coassureurs.
- 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 des organismes coassureurs ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à votre charge après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Elle ne peut également dépasser les prises en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, compte tenu des prestations effectuées par la Sécurité sociale, ou par tout organisme au titre d'une couverture complémentaire frais de santé.



## 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes coassureurs en ont 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 ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre les organismes coassureurs 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 les organismes coassureurs 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.

## Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par les organismes coassureurs à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, les organismes coassureurs sont subrogés au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses que les organismes coassureurs ont supportées, conformément aux dispositions légales.

## Réclamations - médiation

Toutes les demandes d'information 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 à :

- pour **AG2R Prévoyance** :
  - en premier lieu à : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX
  - et en cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Barœul - 59896 LILLE CEDEX.

- pour **APICIL Prévoyance** :
  - au service Relations Clients - Groupe APICIL - 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE.

Les réclamations concernant la gestion des garanties peuvent être adressées au service réclamation du gestionnaires SIACI SAINT HONORE (Intérimaires Santé) :

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

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au :

- Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 PARIS.

## 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 ?**

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Ils disposent de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont ils entendent que soient exercés ces droits, après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à l'adresse postale suivante :

- pour les fichiers du gestionnaire :

- SIACI SAINT HONORE (Intérimaires Santé) - Service Juridique - 18 rue de Courcelles - 75384 PARIS CEDEX 08 ;

- pour les fichiers des organismes assureurs :

- AG2R LA MONDIALE - à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole France - 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX (ou par mail à [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr))

- GROUPE APICIL - Service Relation Client - 38 rue François Peissel - 69300 CALLUIRE ET CUIRE.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :

- <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

### **Autorité de contrôle**

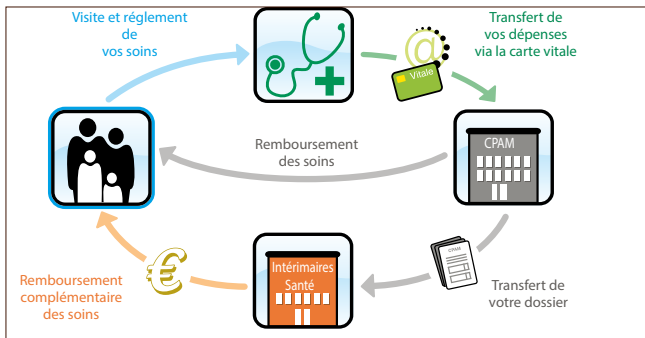
Les organismes coassureurs sont soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

# 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 bénéficiaire 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.

## Paielement 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.

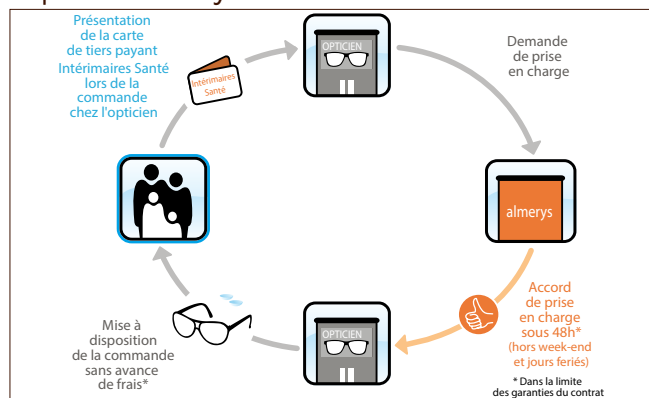
### Conseil

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

Rendez-vous sur [www.interimairesSante.fr](http://www.interimairesSante.fr) / Espace intérimaire / Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Prise en charge Hospitalière pour effectuer une demande en ligne ou contactez nos services en vous référant à la partie « vos contacts Intérimaires Santé ».

## 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.ameli.fr](http://annuaire.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 couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) 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 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse

- au 12<sup>e</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après la date de l'accouchement ;
- si vous êtes bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

### **Contactez mon centre de gestion Intérimaires santé**



Internet

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



Application mobile

Disponible sur App store et Google play



Intérimaires santé

43, rond-point de l'Europe  
51430 BEZANNES



Centre relations clients

01 44 20 47 40

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h00

# INTÉRIMAIRES

Découvrez les aides et services  
pour faciliter la vie



LOGEMENT



DÉPLACEMENT



SANTÉ ET PRÉVENTION



ENFANTS



ACCOMPAGNEMENT



ARGENT



# fastt

Et la vie des intérimaires est facilitée

01 71 25 08 28

fastt.org





# 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





**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.