



AG2R LA MONDIALE



APICIL
PRÉVOYANCE

Notice d'information

Régime frais de santé de base obligatoire
et régimes facultatifs

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



INTÉRIMAIRES SANTÉ

La mutuelle des salariés intérimaires

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

Garanties au 1^{er} janvier 2025

Sommaire

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

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales	34
Protection des données à caractère personnel.....	35
Autorité de contrôle	37
Modalités de gestion	38
Comment s'effectuent vos remboursements ?.....	38
Échanges dématérialisés	42
Quelques informations utiles	45
Attestation de réception de la notice d'information	49
Contactez mon centre de gestion Intérimaires santé	50

Présentation

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

(*) Modifié en dernier lieu par l'avenant n° 9 du 27 septembre 2024.

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 ci-après).

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

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

Les garanties figurant dans la présente notice sont coassurées par :

- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre de AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14/16, boulevard Malesherbes, 75008 PARIS, SIREN 333 232 270 ;
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro 321 862 500. Siège social : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 LYON ;

dénommés « les organismes coassureurs » dans la présente notice.

Elles sont gérées par SIACI SAINT HONORÉ (**INTÉRIMAIRES SANTÉ**), dénommé « le gestionnaire » dans la présente notice, et dont le siège social est situé 39, rue Mstislav Rostropovitch, 75017 PARIS.

Cette notice d'information s'applique à compter du 1^{er} janvier 2025. Elle est réalisée pour aider le salarié (dénommé « le participant » dans la présente notice) 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

Participant avec ancienneté conventionnelle

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

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

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

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-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

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

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR

Soins courants

Postes

Niveaux d'indemnisation

Honoraires médicaux

Remboursés par la Sécurité sociale

– Généralistes (consultations, visites)

- Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

- Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

– Spécialistes (consultations, visites)

- Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

- Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)

- Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

- Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)

- Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

- Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.

100 % de la BR

Non remboursés par la Sécurité sociale

– Densitométrie osseuse

35 € par acte

– Chiropractie, étiopathie, ostéopathie ⁽¹⁾

35 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)

100 % de la BR

Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)

100 % de la BR

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

Forfait actes dits « lourds »

100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Médicaments

Remboursés par la Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)

100 % de la BR

Pharmacie (hors médicaments)

Remboursée par la Sécurité sociale

100 % de la BR

Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)

150 % de la BR

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

Actes de prévention définis par la réglementation

100 % de la BR

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

Aides auditives

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

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

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

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

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

Dentaire

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

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

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

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

Optique

Postes

Niveaux d'indemnisation

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	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 ⁽²⁾	

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 + 110 € de par année civile (au minimum 100 % de la BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	110 € de par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil

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

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grille Optique

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

				Montant par verre de classe B (RSS inclus)			
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	
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre	Verre unifocal organique	Verre multifocal organique	Verre unifocal 16 ans et plus	Verre multifocal Moins de 16 ans
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5		33 €	26 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
2	Sphère	[-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0	Indice 1,6		38 €	31 €
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
3	Sphère	[-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0	Indice 1,67		58 €	51 €
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
4	Sphère	[-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0	Indice 1,74		76 €	70 €
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]	Traitement contre les rayures			
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74		104 €	82 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures			
	Sphère	< -8	> 0	Traitement antireflet intégrant UV Précalibrage			
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0				
Monture de classe B				60 € (RSS inclus)			

Autres frais

Postes

Niveaux d'indemnisation

Forfait maternité

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

Forfait de 300 €

Télésurveillance médicale

Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)

100 % de la BR

Quel est l'objet du régime ?

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

Quel est le personnel concerné ?

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

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

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

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

Quand débute la garantie ?

- À la date d'effet du contrat d'adhésion si vous remplissez déjà les conditions requises avant cette date (voir « quel est le personnel concerné ? » ci-avant) ;
- ou au 1^{er} jour du mois (*) qui suit celui où vous remplissez les conditions requises ;
- sans condition d'ancienneté, pour le participant 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^{er} 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^{er} 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 » ci-après).

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

Garantie de couverture

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

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

Quand cesse-t-elle ?

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

- au lendemain du dernier jour de votre contrat de mission (sauf en cas de maintien de la garantie au titre de la portabilité (voir « En cas de rupture du contrat de travail ou de fin du contrat de mission : la portabilité des droits » ci-après) ;
- 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 participant intérimaire ;
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

Les garanties sont suspendues :

- pour le participant 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 participant ne peut résilier son affiliation à la garantie de son propre fait.

Peut-elle être maintenue ?

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Principe de maintien des garanties

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

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

Exonération des cotisations

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

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

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

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

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

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

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

En cas de modification ou de révision de la garantie des participants 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 participants en activité (part patronale et part salariale).

(*) Durant la période de portabilité, aucune évolution de garantie n'est possible à l'initiative de l'ancien salarié sauf en cas d'inscription d'un nouveau-né.

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 participant 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 participant intérimaire ;
- l'impossibilité de justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage (pour le participant concerné) ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (pour le participant concerné) ;
- le décès de l'ancien participant.

Païement des prestations

L'ancien participant 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 participant concerné).

En cas de cessation de la garantie

Loi Évin

Dans le cadre de l'article 4 Loi Évin, les organismes coassureurs proposent, à titre individuel et facultatif, la poursuite d'une couverture frais de santé (avec des garanties identiques à celles prévues pour les salariés intérimaires actifs), 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.

Les organismes coassureurs doivent adresser la proposition de maintien de la couverture dans le cadre de l'article 4 Loi Évin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la portabilité, ceci sous réserve que l'entreprise l'ait informé de l'événement ouvrant droit au bénéfice du dispositif.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

- **des ayants droit du salarié décédé**, au minimum pendant 12 mois, sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément dans les 6 mois suivant le décès. Dans ce cas, les ayants droit du salarié décédé pourront continuer à bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, moyennant paiement d'une cotisation correspondante.

Les organismes coassureurs adressent la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date du décès de l'assuré.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain 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 participant. 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

Participant sans ancienneté conventionnelle (adhésion volontaire anticipée)

Quel est l'objet du régime ?

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

Quel est le personnel concerné ?

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

avoir effectué moins de 414 heures de travail dans une ou plusieurs entreprises de la branche, au cours des 12 derniers mois civils, ou

- ne pas être embauché en contrat à durée indéterminée intérimaire, ou
- ne pas être embauché en contrat de mission d'une durée de 3 mois ou plus, ou
- ne pas être embauché en contrat de mission d'une durée de travail supérieure à 414 heures.

Comment bénéficier de remboursements rapides ?

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

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

Quels sont les actes et frais garantis ?

Les garanties sont identiques à celles du régime de base obligatoire définies expressément au résumé des garanties figurant ci-avant.

Quand débute la garantie ?

Au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre dossier complet si vous n'avez pas indiqué de date d'effet.

Quand cesse-t-elle ?

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

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

Non-paiement des cotisations

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

Ayants droit

Quel est l'objet du régime ?

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

Quels sont les bénéficiaires ?

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

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

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

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

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

Comment affilier vos ayants droit ?

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

Bénéfice du régime pour vos ayants droit

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

Situation familiale

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

Quels sont les actes et frais garantis ?

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

Quand débute la garantie de vos ayants droit ?

Au 1^{er} 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 + »

Participants et ayants droit

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

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

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

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

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-reference/plafond-securite-sociale>).

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

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

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	100 % de la BR
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait hospitalier journalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
— Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	250 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	
Chambre particulière	60 € par jour (durée maximale de 12 jours)

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	200 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Densitométrie osseuse	35 € par acte
– Chiropractie, étiopathie, ostéopathie ⁽¹⁾	40 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	120 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	200 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

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

Aides auditives

Postes

Niveaux d'indemnisation

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20^e après correction) ⁽²⁾

RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Aides auditives ⁽²⁾

RSS + 620 € par oreille

Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾

100 % de la BR

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

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

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

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

Dentaire

Postes

Niveaux d'indemnisation

Panier soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)

RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF

Panier maîtrisé ⁽²⁾

– 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

Panier libre ⁽³⁾

– Inlay, onlay

320 % de la BR

– Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)

320 % de la BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention

100 % de la BR

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie

320 % de la BR

Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)

300 € par année civile

(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

Postes	Niveaux d'indemnisation
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300 €
Télésurveillance médicale	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽²⁾	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽³⁾	
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽²⁾	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 ⁽²⁾	
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 antiphtosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + 125 € de par année civile (au minimum 100 % de la BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	125 € de par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil

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

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grille Optique

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

				Montant par verre de classe B (RSS inclus)				
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	
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre	Verre unifocal organique	Verre multifocal organique	Verre unifocal 16 ans et plus	Moins de 16 ans	Verre multifocal
1	Sphère	[- 2 ; + 2]	0	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	74 €	67 €	164 €
	Sphère	[- 2 ; 0]	] + 0,25 ; + 4]					
	Sphère + Cylindre	[0 ; + 2]	> 0					
2	Sphère	[- 4 ; - 2,25[ou]+ 2,25 ; + 4]	0	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	81 €	74 €	184 €
	Sphère	[- 4 ; - 2,25[	] + 2,25 ; + 4]					
	Sphère + Cylindre	] + 2,25 ; + 4]	> 0					
3	Sphère	[- 6 ; - 4,25[ou]+ 4,25 ; + 6]	0	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	88 €	81 €	204 €
	Sphère	[- 6 ; - 4,25[	] 0,25 ; + 4]					
	Sphère + Cylindre	] + 4,25 ; + 6]	> 0					
4	Sphère	[- 8 ; - 6,25[ou]+ 6,25 ; + 8]	0	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	118 €	109 €	220 €
	Sphère	[- 8 ; - 6,25[	] 0,25 ; + 4]					
	Sphère + Cylindre	] + 6,25 ; + 8]	> 0					
5	Sphère	< - 8 ou > + 8	0	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	147 €	125 €	235 €
	Sphère	[- 8 ; 0]	> + 4					
	Sphère	< - 8	> 0					
	Sphère + Cylindre	> + 8	> 0					
Monture de classe B				100 € (RSS inclus)				

Quand débute votre garantie ?

Au 1^{er} 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^{er} janvier par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins deux mois avant cette date, dans les conditions détaillées ci-après.

Résiliation annuelle à l'initiative du participant

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

- soit par lettre (adressée au gestionnaire à l'adresse suivante : Intérimaires Santé – 43, rond-point de l'Europe – 51430 BEZANNES) ou tout autre support durable (notamment par courriel via l'espace Intérimaire sur le site : www.interimairesSante.fr) ;
- Soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat », mise à disposition par AG2R Prévoyance et disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant des organismes coassureurs ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur le site : www.interimairesSante.fr.

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

Résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cotisations

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

— www.interimairesSante.fr

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

En cas de non-paiement des cotisations des régimes facultatifs, dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, les organismes coassureurs adresseront au participant (et le cas échéant à ses ayants droit) une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, les organismes coassureurs informent de la cessation automatique de la garantie.

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

En cas de suspension du contrat de travail du participant bénéficiant d'un maintien de garanties au titre du régime frais de santé de base obligatoire, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation au titre des régimes facultatifs souscrits.

Indexation

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

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

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

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

Adhésion à distance

Définition

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

Éléments communiqués à l'assuré

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

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

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

Adhésion suite au démarchage de l'assuré

Définition

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

Droit à renonciation

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

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

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

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

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

Modèle de renonciation

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

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

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

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

Date et Signature

Généralités

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

Limites des garanties - Exclusions

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

Ne donnent pas lieu à remboursement :

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

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

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

Sont également exclues les prises en charge :

- les participations forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du Code la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant (*) du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

(*) Montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.

Pour les frais conséquents à des 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 cette classification.

Pour les frais conséquents à des 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 dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au Code de la Santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par

l'organisme gestionnaire se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

À l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, 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 organismes coassureurs.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme gestionnaire ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

L'organisme gestionnaire peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré.

Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme gestionnaire.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné 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 au forfait hospitalier.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à l'organisme gestionnaire une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Limites des garanties

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

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

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

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

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

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

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

Plafond des remboursements

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

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

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

Recours contre les tiers responsables

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

Litiges judiciaires

Tout litige judiciaire issu de l'application du contrat entre l'entreprise et/ou l'assuré (et autres bénéficiaires) et les coassureurs est porté à la connaissance des juridictions compétentes en application de la réglementation en vigueur.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par les organismes coassureurs à l'adhérent ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit aux organismes coassureurs, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance des organismes coassureurs du droit de la garantie contestée ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

Renseignement - Réclamation - Médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au gestionnaire dont dépend l'adhérent :

- Soit via un formulaire de contact disponible depuis votre espace assuré ;
- Soit par voie postale :
Intérimaires Santé
43 rond-point de l'Europe
51430 BEZANNES
- Soit par téléphone au 01 44 20 47 40 (assuré) ou au 01 46 67 10 84 (entreprise).

Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec les coassureurs) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat [le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s)-droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser au gestionnaire SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) :

- Soit via un formulaire de contact disponible depuis votre espace assuré ;
- Soit par voie postale :
Intérimaires Santé
43 rond-point de l'Europe
51430 BEZANNES
- Soit par téléphone au 01 44 20 47 40 (assuré) ou au 01 46 67 10 84 (entreprise).

Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

Le gestionnaire s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le gestionnaire, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'actions légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>;
- Par courrier à l'adresse suivante :
Médiateur de la protection sociale
10, rue Cambacérès
75008 Paris

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée au gestionnaire.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'adhérent déclare et garantit aux organismes coassureurs qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption des organismes coassureurs (accessibles sur leurs sites le cas échéant) ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du présent contrat ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quel qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'adhérent ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire aux organismes coassureurs pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

Les organismes coassureurs, en leur qualité d'organismes financiers, sont assujettis au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

A ce titre, l'adhérent et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre au gestionnaire dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'adhérent et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'adhérent ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par les organismes coassureurs.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, les organismes coassureurs (ou le gestionnaire selon le cas) sont susceptibles de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'ils ne sont pas en mesure de satisfaire à leurs obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

Les organismes coassureurs (et le gestionnaire) ne seront tenus d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fourniront aucune prestation et ne seront obligés de payer aucune somme au titre du contrat dès lors que l'exécution du contrat les exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles les organismes coassureurs seront réglementairement tenus de se conformer.

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par les organismes coassureurs et/ou le gestionnaire, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi ils utilisent :

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

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes, des organismes coassureurs et/ou du gestionnaire en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts 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 mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*) ;
- 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.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires des organismes coassureurs, notamment :

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

Profilage et décision automatisée

Les organismes coassureurs et/ou le gestionnaire peuvent être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé 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. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données :

- pour AG2R LA MONDIALE :
AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr
- pour APICIL :
APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 Lyon, ou par courriel à dpo@apicil.com
- pour SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) :
INTERIMAIRES SANTE – Direction de la protection des données – Season – 39, rue Mstislav Rostropovitch – 75815 Paris cedex 17 (ou par mail dpo@s2hgroup.com)

Caractère obligatoire de la fourniture des données et conséquences éventuelles de la non-fourniture de ces données

Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas aux organismes coassureurs et/ou au gestionnaire de les mettre en œuvre.

Dans le cadre de la gestion du contrat, les organismes coassureurs et/ou le gestionnaire sont susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'adhérente et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Durées de conservation

Les données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescriptions légales en vigueur. A l'issue de ces délais, ses données seront purgées.

Ainsi, les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire.

Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme de son contrat.

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres du groupe des coassureurs ou à leurs sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

La liste de ces destinataires est à disposition à l'adresse suivante :

- pour AG2R LA MONDIALE : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>
- pour SIACI SAINT SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) : <https://www.interimaressante.fr/wp-content/uploads/2023/09/NOTICE-INFORMATIVE-RGPD-Septembre-2023-ETT.pdf>

Droits de la personne concernée et modalités d'exercice de ces droits

Le bénéficiaire peut demander l'accès aux données le concernant et leur rectification. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de son traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité au service compétent :

- pour les fichiers du gestionnaire, auprès de :
 - SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) – Direction de la protection des données – Season – 39, rue Mstislav Rostropovitch – 75815 Paris cedex 17 (ou par mail dpo@s2hgroup.com)
- pour les fichiers des organismes coassureurs, auprès de :
 - AG2R LA MONDIALE – À l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France – 92599 Levallois-Perret Cedex (ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr),
 - APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO), 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 Lyon, (ou par mail à dpo@apicil.com).

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.**

Les organismes coassureurs et/ou le gestionnaire apportent la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

Les organismes coassureurs et/ou le gestionnaire informent de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>

Autorité de contrôle

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

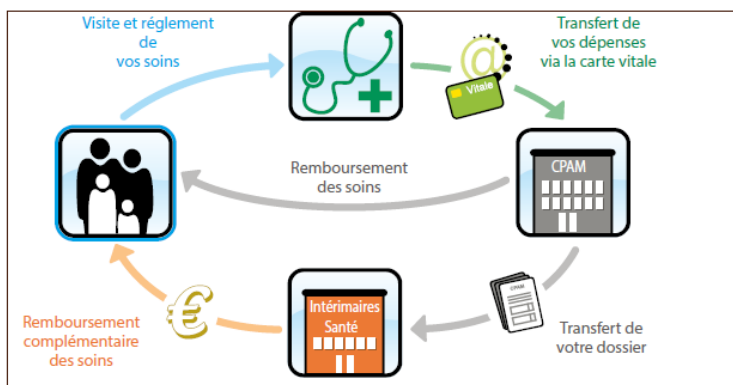
Modalités de gestion

Comment s'effectuent vos remboursements ?

La télétransmission NOEMIE

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

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



Cas spécifiques où NOEMIE ne fonctionne pas

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

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

Comment bénéficier de la télétransmission ?

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

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

Païement 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, 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 50 € (*) ne donnera pas lieu à un paiement immédiat. Cette somme sera débloquée quand le total de vos remboursements atteindra 50 €. Pour être remboursé plus rapidement, vous pouvez adresser votre RIB à INTÉRIMAIRES SANTÉ. Les modalités de remboursement sont détaillées sur 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, Espace Intérimaire / Mon profil.

Demande de justificatifs

Vous pouvez envoyer vos justificatifs par voie postale ou par voie électronique, en vous connectant à votre espace assuré. Ce mode de transmission est à privilégier afin de fluidifier les échanges et gagner en réactivité.

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. Vous pouvez retrouver votre carte de tiers payant en cours de validité en vous connectant à votre espace assuré depuis votre téléphone.

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/consultez votre carte en ligne

Rendez-vous sur www.interimairesSante.fr / Espace Intérimaire/ Espace assuré / Votre tiers payant pour imprimer/consulter 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 au-delà de cette date.

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.

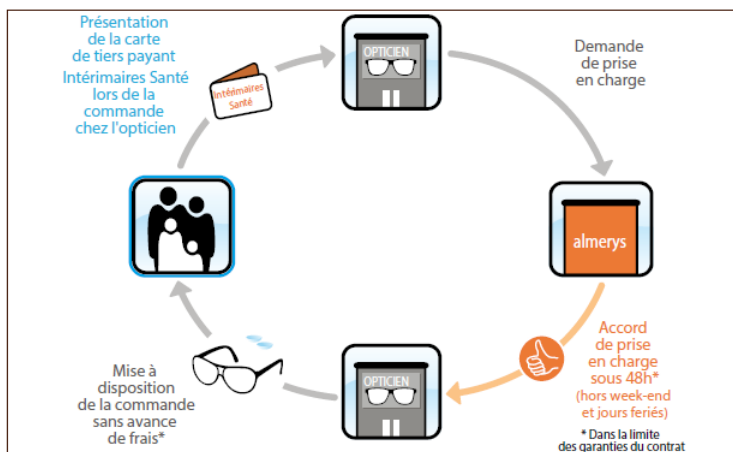
Tiers payant optique avec Almerys

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 / 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.

Afin de pouvoir établir une prise en charge, il conviendra de nous communiquer :

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

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

Conseil

Pour gagner du temps, effectuez votre demande de prise en charge hospitalière en ligne. Connectez-vous à votre Espace Intérimaire depuis le site www.interimairesSante.fr

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

Échanges dématérialisés

Définition

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

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

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

Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

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

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

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

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

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

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

Le participant pourra consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisés que ceux mis à disposition sur l'espace client du participant seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 2 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

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

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

Droit d'opposition du participant

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

INTÉRIMAIRES

Découvrez les aides et services
pour faciliter la vie



LOGEMENT



DÉPLACEMENT



SANTÉ ET PRÉVENTION



ENFANTS



ACCOMPAGNEMENT



ARGENT



fastt

Et la vie des intérimaires est facilitée

01 71 25 08 28

fastt.org



Quelques informations utiles

Secteur conventionné / non conventionné

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de base de remboursement. La base de remboursement est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à la respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les bases de remboursement. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs de prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité » très inférieur à la base de remboursement.

Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement est conventionné ou non. Dans un établissement de santé privé non conventionné, les frais à la charge du patient sont plus importants.

Médecin traitant et correspondant

Le médecin traitant détermine le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, il est possible de consulter un médecin correspondant (généralement spécialiste mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert, soit pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé le médecin traitant de son diagnostic.

Parcours de soins coordonnés

Il s'agit d'un circuit que doit suivre le participant afin de permettre un meilleur échange d'information et une coordination plus efficace avec le médecin traitant et, le cas échéant, les autres praticiens.

Les médecins en accès direct (ophtalmologistes et gynécologues pour certains actes, et les psychiatres pour les 16-25 ans) sont également encouragés à faire un retour d'information au médecin traitant. Pour les consulter directement, il faut cependant avoir déclaré son médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire au préalable.

Médecins non conventionnés

Ces praticiens n'adhèrent pas à la convention nationale et ne sont soumis à aucune contrainte tarifaire. Le remboursement des honoraires effectué par l'assurance maladie obligatoire est basé sur le tarif d'autorité.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

Option pratique maîtrisée (OPTAM) / Option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique (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).

La liste des médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO est disponible sur annuaire.sante.ameli.fr

Participation forfaitaire / franchise

Participation forfaitaire de 2 euros

À compter du 15 mai 2024, cette participation forfaitaire de 2 euros est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire de 2 euros n'est pas remboursée par l'organisme assureur complémentaire.

Forfait sur les actes dits « lourds »

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique aux actes pratiqués en ville ou en établissement de santé d'un coût "élevé", notamment ceux dont le tarif (ou base de remboursement de la Sécurité sociale) est égal ou supérieur à 120 €.

Ce forfait, dont le montant est de 24 €, est systématiquement pris en charge par l'organisme assureur complémentaire.

Franchise

C'est une somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (sauf cas d'exonération définis par l'assurance maladie obligatoire).

À compter du 31 mars 2024, le montant de la franchise est de :

- 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

Un plafond journalier est également prévu pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. À compter du 31 mars 2024, on ne peut pas déduire :

- plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Les franchises ne sont pas remboursées par l'organisme assureur complémentaire.

Télésurveillance

L'article 36 de la Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale (« LFSS ») pour 2022 instaure la prise en charge des actes de télésurveillance médicale à compter du 1^{er} juillet 2022.

Le ticket modérateur est pris en charge au titre du contrat.

Contrat responsable – séances d'accompagnement réalisées par un psychologue

L'article 79 de la LFSS pour 2022 instaure la prise en charge, par l'Assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire, des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé.

Ces séances s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins coordonnés et doivent être réalisées par un psychologue ayant fait l'objet d'une sélection par l'Assurance maladie permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation. Ce professionnel doit être signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice.

Le nombre de séances prises en charge est limité au nombre de huit par année civile.

Cette mesure est effective à compter du 1^{er} avril 2022.

La prise en charge du ticket modérateur devient une obligation au titre du contrat responsable. Ainsi, le remboursement sera pris en charge au titre du contrat, si celui-ci est responsable.

Si le contrat est non-responsable, le ticket modérateur des séances de psychologues est pris en charge à la condition que la garantie souscrite couvre les actes d'auxiliaires médicaux.

Qu'est-ce que le 100% santé ?

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

Pourquoi une telle mesure ?

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

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

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

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

En quoi consiste cette réforme ?

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

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

Qui peut en bénéficier ?

Dès lors que le participant est couvert par un régime complémentaire de frais de santé responsable (c'est le cas de la quasi-totalité des complémentaires santé d'entreprise), celui-ci peut bénéficier des offres de soins « 100% santé ».

Celles-ci sont incluses dans les obligations du régime frais de santé et doivent être systématiquement proposées par l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste, quels qu'ils soient, partout en France.

La liberté de choix du participant est néanmoins préservée puisqu'il conserve à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements, dont le tarif est libre.

Attestation de réception de la notice d'information

À détacher et à remettre à votre employeur

Je soussigné, _____

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

À _____

Le ____ / ____ / ____

Signature

Contacter mon centre de gestion Intérimaires santé



Internet

www.interimairesSante.fr



Application mobile

Disponible sur App store et Google play



Courrier

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

AG2R LA MONDIALE

14-16 bd Malesherbes - 75008 PARIS

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

www.ag2rlamondiale.fr

Apicil Prévoyance

51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 LYON

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 : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 LYON



CG obligatoires et facultatives régime frais de santé ETT / Novembre 2024