



AG2R LA MONDIALE
Prendre la main
sur demain



INTÉRIMAIRES SANTÉ
La mutuelle des salariés intérimaires

APICIL
PRÉVOYANCE

Conditions générales

Régimes frais de santé facultatifs

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

Salariés intérimaires

Garanties au 1^{er} janvier 2023

Sommaire

Préambule	5
Dispositions générales	7
Article 1 – Objet	7
Article 2 – Durée – Reconduction du contrat	7
Article 3 – Prise d'effet des garanties	8
Article 4 – Affiliation des salariés et des ayants droit	8
Article 5 – Plafond des remboursements	9
Article 6 – Recours contre les tiers responsables	10
Article 7 – Territorialité	10
Article 8 – Prescription	10
Article 9 – Contrôle	10
Article 10 – Dispositions diverses	10
Garanties de remboursement complémentaire de frais de santé et modalités de paiement des prestations	14
Article 11 – Garanties	14
Article 12 – Cessation des garanties	14
Article 13 – Limites des garanties – Exclusions	15
Article 14 – Modalités de paiement des prestations	16

Article 15 – Formalités de règlement des prestations	16
Article 16 – Tiers payant	16
Article 17 – Prise en charge hospitalière	16
Cotisations	17
Article 18 – Taux de cotisations	17
Article 19 – Paiement des cotisations	17
Annexe / Régimes de base et optionnel	18
Régime de base	18
Régime Garantie+	23

Préambule

Par **accord du 04/06/2015** les partenaires sociaux de la Branche professionnelle du **Travail Temporaire (JO n° 3212)** ont fixé les contours d'un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé. Les détails de ce régime dénommé « intérimaires santé », ont été précisés par **l'accord du 14/12/2015** (modifié en dernier lieu par l'avenant n°7 du 18.11.2022) qui constitue un avenant à l'accord du 04/06/2015 auquel il se substitue dans toutes ses dispositions conformément à l'article L.2261-8 du Code du travail.

Pour l'application des dispositions qui suivent, la référence à l'accord du 14/12/2015 s'entend par référence à l'accord en question selon les dispositions telles que modifiées en dernier lieu par l'avenant n° 7 précité.

Dans ce cadre a été organisé dans la Branche professionnelle un régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé au profit de l'ensemble des **salariés intérimaires** :

- liés par un contrat de mission ou un CDI intérimaire (dit « contrat de travail » pour l'application des dispositions qui suivent, quelle qu'en soit la forme) à une entreprise relevant du champ d'application professionnel et géographique fixé par l'accord du 14/12/2015 ;
- et remplissant les conditions requises pour en bénéficier mentionnées aux articles 2.2 et 2.3 dudit accord, lesquelles sont rappelées ci-après.

Bénéficie ainsi du régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé, le salarié intérimaire justifiant des conditions suivantes :

a/ Salarié intérimaire justifiant d'un certain nombre d'heures de travail

- salarié intérimaire qui a effectué plus de 414 heures de travail dans une ou des entreprises de travail temporaire ou entreprises de travail temporaire d'insertion au cours d'une période des douze derniers mois consécutifs, auxquelles s'ajoute un « équivalent temps » de l'indemnité compensatrice de congés payés, correspondant à 10 % des heures rémunérées, soit une ancienneté de 455 heures ;
- salarié intérimaire qui dépasse ce seuil de 414 heures de travail au cours d'un mois civil.

Toutefois, un salarié intérimaire ayant bénéficié du régime collectif obligatoire de la branche en application des stipulations des alinéas précédents, et encore bénéficiaire de la portabilité de ses droits prévue au titre dudit régime collectif obligatoire lors de sa nouvelle embauche par une entreprise de travail temporaire ou une entreprise de travail temporaire d'insertion, bénéficie du régime détaillé ci-après et est obligatoirement affilié audit régime dès sa date d'embauche sans condition d'ancienneté.

Les heures à prendre en compte sont les heures de travail effectif effectuées pendant la période de référence.

Sont assimilées aux heures de travail effectif dans le cadre des missions effectuées :

- les heures chômées payées à l'occasion des jours fériés, congés pour événements familiaux, congés de naissance ou d'adoption, d'intempéries et de chômage partiel ;
- les heures chômées du fait de maternité, de maladie ou d'accident indemnisées ou non ;
- les heures restant à courir jusqu'au terme initialement prévu de la mission, en cas d'interruption de celle-ci avant l'échéance du contrat, du fait de l'entreprise utilisatrice, lorsque l'entreprise de travail temporaire n'a pas été en mesure de proposer une nouvelle mission au sens de l'article L. 1251-26 du Code du travail ;
- les heures correspondant à des contrats de mission-formation dans les conditions légales, réglementaires et conventionnelles relatives à la formation professionnelle continue ;
- les heures correspondant à des congés de formation syndicale, économique et sociale, de formation prud'homale, de formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse ;
- les heures rémunérées pour l'exercice de tous mandats de représentation du personnel ou syndical y compris dans des organismes non liés à la branche, ainsi que pour les commissions paritaires et les commissions mixtes de la profession.

b/ Salarié intérimaire justifiant d'une durée du contrat de travail suffisante, par dérogation au point a/ ci-dessus

Tout salarié intérimaire embauché en contrat de

travail à durée indéterminée (CDI intérimaire), ou en contrat de mission d'une durée de 3 mois ou plus, ou en contrat de mission dont la durée du travail est supérieure à 414 heures bénéficie du régime détaillé ci-après et est obligatoirement affilié audit régime dès sa date d'embauche sans condition d'ancienneté.

Au terme d'une procédure de mise en concurrence, les partenaires sociaux ont renouvelé à compter du 01/01/2021 leur confiance à AG2R Prévoyance et à APICIL Prévoyance (coassureurs pour une quote-part respective de 70 % pour AG2R Prévoyance et 30 % pour APICIL Prévoyance) en les recommandant selon les modalités prévues à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, pour proposer un contrat d'adhésion conforme aux dispositions de l'accord du 14/12/2015 :

- **AG2R Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14/16, boulevard Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270 ;
 - **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500 - Siège social : 38 rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE ;
- ci-après dénommés « **l'(les) organisme(s) coassureur(s)** ».

Parallèlement à cette couverture obligatoire (au travers du régime collectif visé ci-dessus dit « régime de base » pour l'application des dispositions qui suivent), ces salariés ont la possibilité, à titre individuel et facultatif :

- de couvrir leurs ayants droit pour le « régime de base » dont ils bénéficient en application des dispositions prévues ci-dessus ;
- de compléter le « régime de base » par un seul niveau de régime optionnel (pour eux-mêmes et le cas échéant pour leurs ayants droit), dénommé « Régime Garantie + » dans les présentes Conditions générales.

Afin de bénéficier des régimes facultatifs individuels décrits ci-dessus, l'affiliation des salariés en question au « régime de base » est indispensable.

Par ailleurs, le salarié intérimaire ne justifiant pas de la condition d'ancienneté minimale requise (c'est-à-dire ne justifiant pas du nombre d'heures de travail suffisant en application du point a/ alinéas 1 et 2 ci-dessus) pour ouvrir droit au bénéfice du régime collectif de base obligatoire, a la possibilité de bénéficier de la couverture du « régime de base » ainsi que du « régime

Garantie + », à titre individuel et facultatif, proposé par les coassureurs (pour lui-même et ses éventuels ayants droit).

En outre, en application des dispositions de l'article L.911-7-1 du Code de la Sécurité sociale, les salariés intérimaires visés à l'alinéa précédent, en contrat de mission, dont la durée est inférieure ou égale à 3 mois et bénéficiaires d'un contrat d'assurance maladie complémentaire « responsable » souscrit à titre personnel, et couvrant la période du contrat de mission, ont droit, à leur demande, au « versement santé » dans les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les présentes Conditions générales ont été établies conformément aux dispositions prévues par le « Contrat de Branche » signé entre les partenaires sociaux de la Branche professionnelle du Travail Temporaire et les organismes coassureurs recommandés, en application de l'accord du 14/12/2015 portant sur le régime facultatif de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Le régime est géré par SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) dont le siège social est situé 18 rue de Courcelles - 75008 PARIS, dénommé « le gestionnaire ».

Dispositions générales

Article 1 – Objet

Les présentes Conditions générales ont pour objet d'organiser une couverture à titre facultative et individuelle :

- en permettant au salarié d'accéder au « régime de base » ainsi qu'au « Régime Garantie + » proposé par les coassureurs (pour lui-même et ses éventuels ayants droit) en attendant qu'il justifie de l'ancienneté minimale requise pour ouvrir droit au régime collectif de base obligatoire prévu par l'accord du 14/12/2015 ;
- en améliorant les garanties du « régime de base » telles que définies par l'accord du 14/12/2015 pour les salariés en bénéficiant, et ce, par extension de cette couverture au profit des ayants droit des salariés bénéficiaires visés en préambule ainsi que par la possibilité offerte à ces salariés et/ou à ses ayants droit de compléter cette couverture par un niveau de « Régime Garantie + ».

Ces régimes facultatifs ne sont applicables que si le salarié y souscrit, ci-après dénommé « membre participant ».

La cotisation supplémentaire servant au financement de ces couvertures facultatives et individuelles ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du membre participant avec l'aide, le cas échéant, d'un abondement du Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire - FASTT - (sous réserve d'un plafond de ressources et sous réserve d'un accord de l'ACOSS en faveur de l'exonération de cotisations sur cet abondement).

Article 2 – Durée – Reconduction du contrat

Pour le salarié dûment affilié selon les modalités définies ci-après (et le cas échéant pour ses ayants droit), le contrat est souscrit 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 résiliation exprimée par le membre participant dans les conditions qui suivent :

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 à partir de l'espace Intérimaire sur le site www.interimairesSante.fr) ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant des organismes coassureurs ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur le site www.interimairesSante.fr dans l'espace Intérimaire.

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 dans les conditions prévues à l'article 19 des présentes Conditions générales.

Tout paiement de prestations versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par le salarié.

Article 3 – Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de l'affiliation du salarié au régime de base obligatoire institué par l'accord du 14/12/2015, lorsque celui-ci a exprimé le choix d'étendre les garanties à ses ayants droit et/ou de souscrire à un niveau de « Régime Garantie + » à cette date (pour lui-même et/ou ses ayants droit), ou à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de sa demande. Par exception, en cas d'affiliation consécutive à la résiliation infra-annuelle d'un précédent contrat frais de santé facultatif ou individuel, les garanties prennent effet au jour de

la cessation des garanties du précédent contrat. En tout état de cause, ses ayants droit bénéficient du même niveau de couverture que le salarié (qu'il soit assuré uniquement au titre du « régime de base » que du « Régime Garantie + »).

Article 4 – Affiliation des salariés et des ayants droit

Article 4.0 – Affiliation au « régime de base » au profit du salarié n'ayant pas la condition d'ancienneté minimale requise pour ouvrir droit au régime collectif de base obligatoire prévu par l'accord du 14/12/2015

Peut être bénéficiaire des garanties au titre des présentes dispositions :

Sous réserve du paiement d'une cotisation « adulte »

Le membre participant, assuré social, lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant du champ d'application professionnel et géographique de l'accord du 14/12/2015 mais ne justifiant pas de la condition d'ancienneté minimale requise mentionnée en préambule pour ouvrir droit aux garanties du régime collectif de base obligatoire. Ce salarié peut accéder au « régime de base » ainsi qu'au « Régime Garantie + » proposé par les coassureurs (pour lui-même et ses éventuels ayants droit) en attendant qu'il justifie de l'ancienneté minimale requise.

Article 4.1 – Affiliation au « régime de base » par extension au profit des ayants droit de salariés

Peuvent être bénéficiaires des garanties au titre des présentes dispositions, les ayants droit du membre participant définis ci-après.

Sous réserve du paiement d'une cotisation « adulte », les personnes suivantes bénéficient de la Sécurité sociale

- **Son conjoint** ;
- **son concubin** au sens de l'article 515-8 du Code civil lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec le participant. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec l'assuré, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance ou par le notaire ou par la mairie.

Dans le cas où le concubin n'est pas lié à l'assuré par un Pacs, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté 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, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les membres participants.

Sous réserve du paiement d'une cotisation « enfant », les enfants à charge bénéficiant de la Sécurité sociale répondant à la définition suivante

- Les **enfants de moins de 21 ans** à charge au sens fiscal de l'assuré ou de son conjoint ou de son concubin ;
- et, par extension, les **enfants de moins de 28 ans** de l'assuré ou de son conjoint ou de son concubin, s'ils poursuivent leurs 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 pièces justifiant de la qualité d'ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur affiliation.

Article 4.2 – Affiliation au « Régime Garantie + » Peuvent être bénéficiaires des garanties au titre des présentes dispositions :

Sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire « adulte »

- Le membre participant, assuré social, lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant du champ d'application professionnel et géographique de l'accord du 14/12/2015 et justifiant ou non de la condition d'ancienneté minimale requise mentionnée en préambule pour ouvrir droit aux garanties ;
- le conjoint ou assimilé, tel que défini à l'article 4.1 ci-dessus.

Sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire « enfant »

Les enfants à charge tels que définis dans l'article 4.1 ci-dessus.

Bénéfice du « Régime Garantie + » pour les ayants droit

Pour les ayants droit, le bénéfice du « Régime Garantie + » n'est possible que s'ils sont affiliés au régime de base. Les ayants droit doivent en outre tous bénéficier de la même option de garantie, qui ne peut pas être différente de celle du membre participant.

Article 4.3 – Modalités d'affiliation aux régimes facultatifs individuels

Les salariés et le cas échéant ses ayants droit sont admis à l'assurance au moyen du bulletin individuel d'affiliation préalablement renseigné et signé par le salarié, et accompagné des pièces justificatives (photocopies de l'attestation de la carte VITALE, relevé d'identité bancaire ...), lequel est transmis à l'organisme gestionnaire.

S'agissant de l'extension de ces régimes facultatifs aux ayants droit des salariés, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit ainsi être formulée par écrit à l'organisme gestionnaire, au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement (mariage, signataire d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, signataire ou non d'un PACS, ou d'un enfant). Au-delà de ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception de la demande par l'organisme gestionnaire.

L'organisme gestionnaire se réserve le droit, à tout moment, de demander au salarié de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale).

Article 5 – Plafond des remboursements

La participation des organismes coassureurs ne peut en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels autres contrats complémentaires frais de santé. 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, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé aux Conditions générales.

Article 6 – Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme gestionnaire à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, les organismes coassureurs sont subrogés au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 7 – Territorialité

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés et le cas échéant aux ayants droit, affiliés au régime de Sécurité sociale français.

Les prestations de l'organisme gestionnaire sont payées en euros.

Article 8 – Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes Conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1/ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes coassureurs en ont eu connaissance ;
- 2/ 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'adhérent, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre les organismes coassureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, l'assuré, 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 à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré, 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.

Article 9 – Contrôle

Les déclarations faites par le salarié servent de base à la garantie.

Les organismes coassureurs se réservent, toutefois, la possibilité de vérifier les données communiquées et/ou les documents produits par le salarié, tant à l'occasion de l'affiliation du salarié et de ses ayants droit, du versement des cotisations qu'à celle de l'ouverture des droits à prestations.

Article 10 – Dispositions diverses

Article 10.1 – Réclamations

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

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

À compter de la réception de la réclamation, le gestionnaire doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'accusé de réception.

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

- au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance / santé :

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX

Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.

- APICIL Prévoyance - Service Partenariats de gestion / Equipe Réclamations Santé Prévoyance - 38, rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

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

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

Article 10.2 - Informatique et libertés / lutte contre la fraude

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

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 ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes, des organismes coassureurs et/ou du gestionnaire, de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux adhérents 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 (sont toutefois exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS) ;

- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

Les organismes coassureurs et/ou le gestionnaire peuvent être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

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

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'adhérent et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

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

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres du groupe des coassureurs ou à leurs sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant et leur rectification. Ils disposent, 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 leur traitement. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Ils peuvent enfin s'opposer au traitement de leurs

données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

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

- pour les **fichiers du gestionnaire**, auprès de :
 - SIACI SAINT HONORÉ (INTÉRIMAIRES SANTÉ) – Service juridique – 18 rue de Courcelles – 75384 PARIS CEDEX 08
- pour les **fichiers des organismes coassureurs**, auprès de :
 - AG2R LA MONDIALE – À l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France – 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX (ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr),
 - APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire (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 bénéficiaires sont informés de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « **Bloctel** », sur laquelle ils peuvent s'inscrire : <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

Les coassureurs et le gestionnaire apportent la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Article 10 . 3 – Autorité de contrôle

Les organismes coassureurs sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) sise 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Article 10 . 4 – 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.

Article 10 . 5 – Lutte contre la corruption , le trafic d'influence , le blanchiment des capitaux et le 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.

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le 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.

Garanties de remboursement complémentaire de frais de santé et modalités de paiement des prestations

Article 11 – Garanties

Sont 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 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 dans les tableaux de garanties figurant en annexe des présentes Conditions générales. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés par les bénéficiaires.

Article 11.1 – Garanties du « régime de base » de remboursement complémentaire de frais de soins de santé

Les garanties sont identiques à celles du régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé instituées par l'accord du 14/12/2015.

Le tableau des garanties est repris en annexe des présentes Conditions générales.

Article 11.2 – Garanties du « régime Garantie + » de remboursement complémentaire de frais de soins de santé

Le tableau des garanties est repris en annexe des présentes Conditions générales.

Article 12 – Cessation des garanties

La suspension et la cessation des garanties du régime frais de santé de base obligatoire souscrit auprès des organismes coassureurs entraînent la suspension et la cessation des garanties facultatives détaillées aux présentes Conditions générales.

Pour le personnel ne justifiant pas de la condition d'ancienneté minimale requise mentionnée en préambule pour ouvrir droit aux garanties du régime collectif de base obligatoire, le droit à garantie au titre du « régime de base » facultatif cesse à l'expiration du mois au cours duquel il remplit la condition d'ancienneté pour ouvrir droit au régime collectif de base obligatoire.

Article 12.1 – Cessation de l'extension des garanties du « régime de base » au profit des ayants droit de salariés

Les garanties facultatives au profit des ayants droit cessent :

- en cas de résiliation du contrat du membre participant ;
- ou à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- ou en cas de non-paiement des cotisations à l'issue de la procédure de résiliation pour défaut de paiement des cotisations.

En cas de cessation des garanties, les bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande auprès des organismes coassureurs dont ils relèvent.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Article 12.2 – Cessation des garanties du « Régime Garantie + »

Les garanties facultatives du « Régime Garantie + » au profit du salarié intérimaire et de ses ayants droit cessent :

- en cas de résiliation du contrat du membre participant ;
- ou à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires ;
- ou en cas de non-paiement des cotisations à l'issue de la procédure de résiliation pour défaut de paiement des cotisations.

Article 13 – 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 :

– **les frais de soins :**

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au présent régime,
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau des garanties repris en annexe,
 - 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, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties et dans la limite des montants indiqués,
 - engagés au titre de la législation sur les pensions militaires,
 - engagés au titre 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,
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
 - au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale,
- les participations forfaitaires et les 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.

Article 14 – Modalités de paiement des prestations

Les demandes de remboursement sont adressées par l'assuré à l'organisme gestionnaire.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, l'organisme gestionnaire se réserve le droit de demander à l'assuré tout justificatif tel que notes d'honoraires, factures de frais prescrits et réglés, devis, et prescriptions médicales.

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la Classification Commune des Actes Médicaux et la base de remboursement Sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation, est tenu à la disposition de l'assuré sur simple demande.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

Article 15 – Formalités de règlement des prestations

L'organisme gestionnaire procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Le paiement des prestations est effectué par le gestionnaire.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par l'organisme gestionnaire, les prestations sont réglées dans un délai moyen de vingt jours (délais de poste et bancaires non compris).

Article 16 – Tiers payant

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme gestionnaire, il lui est remis une Carte Santé permettant une dispense d'avance de 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 contrat. Cette carte santé reste la propriété de l'organisme gestionnaire.

L'assuré s'engage à restituer la carte santé à l'organisme gestionnaire, si elle est en cours de validité dès qu'il cesse de remplir les conditions pour être assuré au titre du présent régime frais de santé. À défaut, l'assuré devra restituer les sommes payées par l'organisme gestionnaire relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

Article 17 – Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'organisme gestionnaire délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis aux présentes Conditions générales) normalement laissés à la charge de l'assuré dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, l'organisme gestionnaire délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'adhérent et l'assuré sont tenus de fournir aux organismes coassureurs les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

Cotisations

Article 18 – Taux de cotisations

La cotisation est mensuelle et exprimée en euros. Pour l'exercice 2023 les cotisations mensuelles seront appelées conformément aux tableaux ci-après :

Cotisation du « régime de base » à titre facultatif et individuel

	Régimes	
	général	Alsace / Moselle
Salariés bénéficiaires visés aux Conditions générales	38,27 € / mois	24,18 € / mois
Ayants droit « Adulte »	38,27 € / mois	24,18 € / mois
Ayants droit « Enfant »	21,61 € / mois / enfant	14,18 € / mois / enfant

Cotisation du niveau de « Régime Garantie+ » à titre facultatif et individuel

	Régime
	Général et Alsace / Moselle
Salariés bénéficiaires visés aux Conditions générales	11,87 € / mois
Ayants droit « Adulte »	11,87 € / mois
Ayants droit « Enfant »	7,72 € / mois / enfant

À compter de l'arrêté au 30 septembre de l'exercice, une projection des résultats techniques sera réalisée sur l'exercice en cours. Si le rapport de sinistralité (prestations payées + prestations à payer) / (cotisations nettes de taxes, de frais de gestion) :

- **estimé** sur les consommations et cotisations réelles à fin septembre de l'exercice ;
- **majoré** de l'évolution de l'ONDAM de l'exercice précédent :
 - est **inférieur** ou égal à 100 %, les cotisations seront maintenues,
 - est **supérieur** à 100 %, les tarifs seront négociés avec un objectif de retour à l'équilibre des régimes.

L'indexation des régimes facultatifs ainsi définie est communiquée au membre participant (et le cas échéant à ses ayants droit), moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue. Lorsque le membre participant s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, l'adhésion du membre participant 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.

Article 19 – Paiement des cotisations

Les cotisations des régimes facultatifs sont prélevées mensuellement à terme à échoir sur le compte bancaire du membre participant. Il convient donc de remplir le mandat de prélèvement mentionné au bulletin individuel 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 membre 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.

Annexe / Régimes de base et optionnel

Régime de base

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale, 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 son 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.

€ = Euro.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : <https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referance/plafond-securite-sociale>).

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

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

Hospitalisation

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
En cas d'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		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
Chambre particulière		40 € par jour (durée maximale de 12 jours)

Transport

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

Soins courants

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
Honoraires médicaux		
Remboursés 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 Sécurité sociale		
Chiropractie, étio-pathie, ostéopathie (Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
Densitométrie osseuse		35 € par acte
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 Sécurité sociale		100 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments		
Remboursés Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)		100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursée Sécurité sociale		100 % de la BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		150 % de la BR
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
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)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾
Équipements libres ⁽³⁾	
Aides auditives	RSS + 560 € par oreille ⁽²⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés 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. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.
 (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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
Panier soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
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 Sécurité sociale	
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	200 % de la BR

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

Autres frais

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾	
Monture de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
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 € par année civile (au minimum 100 % BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	110 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % santé, tels que définis réglementairement.

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

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'**acquisition d'un équipement optique** (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

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

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

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai.

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

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

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

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

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

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

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

Grille Optique

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

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

Régime Garantie+

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale et par le régime complémentaire de BASE, 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 son 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.

€ = Euro.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : <https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referance/plafond-securite-sociale>).

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

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

Hospitalisation

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
En cas d'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		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
Chambre particulière		40 € par jour (durée maximale 12 jours)

Transport

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

Soins courants

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
Honoraires médicaux		
Remboursés Sécurité sociale		
- Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR
- Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	180 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	160 % de la BR

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
– 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 Sécurité sociale		
Chiropraxie, étio-pathie, ostéopathie (Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
Densitométrie osseuse		35 € par acte
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés 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 Sécurité sociale		100 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments		
Remboursés Sécurité sociale (hors médicaments remboursés à 15 %)		100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursée Sécurité sociale		100 % de la BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, 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

Aides auditives

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
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)		RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾
Équipements libres ⁽³⁾		
Aides auditives		RSS + 620 € par oreille ⁽²⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés 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. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

(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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
Panier soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
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 Sécurité sociale	
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	320 % de la BR

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

Autres frais

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Monture de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
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⁾	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + 125 € par année civile (au minimum 100% BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	125 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil
(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % santé, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.	
(2) Conditions de renouvellement de l'équipement:	
<ul style="list-style-type: none"> - 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. <ul style="list-style-type: none"> • Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. • Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement. • Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. - Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. - La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant : <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Défaut visuel		Montant par verre de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)						
		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 (pour les majeurs)	Verre Unifocal (pour les mineurs)	Verre Multifocal	
1	Sphère [-2 ; +2]	0	Indice 1,5 Traitement contre les rayures	Indice 1,5 Traitement contre les rayures				
	Sphère [-2 ; 0]	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	58 €	51 €	134 €
	Sphère + Cylindre]0 ; +2]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
2	Sphère [-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0	Indice 1,6 Traitement contre les rayures	Indice 1,6 Traitement contre les rayures				
	Sphère [-4 ; -2[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	68 €	61 €	154 €
	Sphère + Cylindre]2 ; +4]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
3	Sphère [-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0	Indice 1,67 Traitement contre les rayures	Indice 1,67 Traitement contre les rayures				
	Sphère [-6 ; -4[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	78 €	71 €	174 €
	Sphère + Cylindre]4 ; +6]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
4	Sphère [-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures	Indice 1,74 Traitement contre les rayures				
	Sphère [-8 ; -6[	]0 ; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	96 €	89 €	194 €
	Sphère + Cylindre]6 ; +8]	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
5	Sphère < -8 ou > +8	0	Indice 1,74	Indice 1,74				
	Sphère [-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures	Traitement contre les rayures				
	Sphère < -8	> 0	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive	124 €	102 €	205 €	
	Sphère + Cylindre > +8	> 0	Précalibrage	Précalibrage				
Monture de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)				100 €				

AG2R LA MONDIALE

14/16 bd Malesherbes - 75008 PARIS
Tél. : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr

APICIL Prévoyance

38 rue François Peissel
69300 Caluire et Cuire
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 - Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270.

APICIL Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire Sirene N° 321 862 500. Siège social: 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire.