



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain



INTÉRIMAIRES SANTÉ

La mutuelle des salariés intérimaires



APICIL
PRÉVOYANCE

Conditions générales

Régime frais de santé de base obligatoire

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

Salariés intérimaires

Garanties au 1^{er} janvier 2023

Sommaire

3	Préambule	12	Garanties de remboursement complémentaire de frais de santé et modalités de paiement des prestations
5	Dispositions générales	12	Article 14 – Garanties
5	Article 1 – Objet	12	Article 15 – Maintien des garanties
5	Article 2 – Adhésion de l'entreprise – Date d'effet et durée du contrat	14	Article 16 – Cessation des garanties
6	Article 3 – Révision	16	Article 17 – Limites des garanties – Exclusions
6	Article 4 – Obligations de l'adhérent	17	Article 18 – Présentation des dossiers
6	Article 5 – Affiliation des salariés – Obligations des assurés	17	Article 19 – Règlement des prestations
7	Article 6 – Notice d'information	17	Article 20 – Tiers payant
7	Article 7 – Plafond des remboursements	17	Article 21 – Prise en charge hospitalière
8	Article 8 – Recours contre les tiers responsables	19	Cotisations
8	Article 9 – Territorialité	19	Article 22 – Taux de cotisations et répartition
8	Article 10 – Prescription	19	Article 23 – Paiement des cotisations
8	Article 11 – Litiges judiciaires	21	Annexe / Régime de base obligatoire
8	Article 12 – Contrôle	21	Régime de base
8	Article 13 – Dispositions diverses		

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 visée à l'article 15.2 ci-après 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)** ».

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 de définir les conditions d'adhésion des entreprises relevant de la Branche professionnelle du Travail Temporaire, auprès des organismes coassureurs recommandés, ainsi que les modalités d'affiliation des salariés bénéficiaires, pour la couverture du régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé établi au sein de la branche (dit « régime frais de santé de base obligatoire ») détaillé ci-après.

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 collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Les présentes Conditions générales s'appliquent aux entreprises de travail temporaire d'insertion dans les mêmes conditions.

Article 2 – Adhésion de l'entreprise – Date d'effet et durée du contrat

Principe

Toute entreprise entrant dans le champ d'application de la Branche professionnelle du Travail Temporaire peut adhérer au régime frais de santé de base obligatoire auprès des organismes coassureurs recommandés dont la couverture est détaillée aux présentes Conditions générales, les organismes coassureurs ne pouvant en refuser l'adhésion conformément aux dispositions prévues à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Prise d'effet et durée de l'adhésion

Le contrat d'adhésion de l'entreprise constitué par la demande d'adhésion, le certificat d'adhésion et les présentes Conditions générales, prend effet à la date indiquée audit contrat. Le cas échéant, celle-ci correspond à la date d'effet de la cessation des garanties du précédent contrat collectif à adhésion obligatoire lorsque celui-ci a fait l'objet d'une résiliation infra-annuelle.

Il est souscrit par l'entreprise désignée au contrat pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. L'adhésion se renouvelle ensuite chaque année à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation exprimée par l'une ou l'autre des parties selon les modalités définies ci-après :

Résiliation annuelle à l'initiative des organismes coassureurs

La résiliation à l'initiative des organismes coassureurs peut être effectuée à l'échéance annuelle au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier par lettre recommandée adressée à l'entreprise.

Résiliation annuelle à l'initiative de l'entreprise

La résiliation à l'initiative de l'entreprise 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 de l'entreprise :

- 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 Entreprise 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 Entreprise.

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 de l'entreprise

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

délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Si l'entreprise souhaite procéder à la résiliation infra-annuelle du contrat collectif en vue de contracter avec un autre organisme un nouveau contrat collectif, 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 du contrat collectif par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

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

Que la demande de résiliation émane directement de l'entreprise ou qu'elle soit effectuée pour le compte de cette dernière 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 à l'entreprise 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 collectif ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du présent contrat.

La dénonciation du « contrat de branche » ou de l'accord du 14/12/2015, ne mettra pas fin automatiquement au contrat d'adhésion souscrit par les entreprises de la branche mais aura pour conséquence d'exclure les entreprises du périmètre de la mutualisation organisée par ces textes. Les organismes coassureurs informeront les entreprises de la résiliation du « contrat de branche » ou de l'accord du 14/12/2015 en question, au moins 3 mois avant la date d'effet de ladite résiliation afin que celles-ci puissent résilier leur contrat d'adhésion si elles le souhaitent. Les organismes coassureurs pourront également procéder à la résiliation des contrats d'adhésion souscrits par les entreprises par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant la fin de l'exercice civil.

Le contrat d'adhésion prend fin également à la date à laquelle l'entreprise ne relève plus du champ d'application des accords de la branche du Travail Temporaire.

Article 3 – Révision

Le contrat d'adhésion de l'entreprise sera révisé dans les mêmes termes que le « contrat de branche » conclu entre les partenaires sociaux de la Branche professionnelle du Travail Temporaire et les organismes coassureurs recommandés.

Les présentes dispositions (garanties / taux) ont été établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la signature de l'accord du 14/12/2015. En conséquence, elles seront révisées, sans délai, en tout ou partie, s'il survenait une modification de ces textes.

Les modifications seront entérinées par voie d'avenant au contrat d'adhésion.

Article 4 – Obligations de l'adhérent

Par la souscription du contrat d'adhésion au régime détaillé aux présentes Conditions générales, conforme aux dispositions prévues par le régime conventionnel obligatoire de branche en application de l'accord du 14/12/2015, et à compter de sa prise d'effet, l'entreprise acquiert la qualité d'adhérent aux organismes coassureurs.

À cette fin, l'entreprise concernée reçoit un certificat d'adhésion.

L'adhésion implique l'acceptation de toutes les dispositions des présentes Conditions générales.

Au moment de son adhésion puis annuellement, l'entreprise doit :

- fournir à l'organisme gestionnaire la liste de l'ensemble des salariés bénéficiaires en mentionnant pour chacun d'eux les nom(s), prénom(s), date de naissance, date d'entrée et de sortie et le numéro de Sécurité sociale ou une photocopie de la DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés visés au contrat ;
- payer les cotisations dues aux époques convenues.

Article 5 – Affiliation des salariés – Obligations des assurés

L'adhésion de l'entreprise entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de tous les salariés appartenant à la catégorie de personnel visée en préambule des présentes Conditions générales, et ce sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle).

Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime certains salariés, dans le respect des conditions prévues à l'accord du 14/12/2015 susmentionné et selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur. Les dispenses d'affiliation prévues ne peuvent en aucun cas être imposées par l'entreprise. Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur ou par l'intermédiaire du gestionnaire,

par écrit, leur affiliation au régime frais de santé de base obligatoire. Dans ce cas, leur affiliation prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la demande. En tout état de cause, ces assurés seront tenus de cotiser et d'adhérer à la couverture frais de santé de base obligatoire lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Chaque salarié dûment affilié selon les modalités prévues ci-après, bénéficiera du régime frais de santé de base obligatoire :

- au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, pour tous les salariés visés au contrat d'adhésion dès lors que les conditions requises pour bénéficier du régime avaient été acquises à cette date (lesquelles sont rappelées ci-après pour les salariés embauchés postérieurement) et dont les conditions d'affiliation sont remplies à cette même date ;
- ou pour les salariés visés au contrat d'adhésion, embauchés postérieurement à la date d'effet dudit contrat :
 - au 1^{er} jour du mois qui suit la 415^e heure de travail (hors indemnité compensatrice de congés payés) pour les salariés visés au point a/ alinéas 1 et 2 en préambule, et ce, sans attendre le versement de la cotisation prévue à l'article 22* ;
 - dès la date d'embauche, sans condition d'ancienneté, pour les salariés visés au point a/ alinéa 3 ou au point b/ en préambule.

*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.

Tant que le contrat d'adhésion est en vigueur, aucun salarié bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le présent régime.

L'affiliation est prise en compte par le gestionnaire sans délai dès lors, notamment, que l'ancienneté requise est acquise au vu du décompte d'heures constitué par le gestionnaire sur la base des informations adressées mensuellement par les entreprises adhérentes, et ce, pour le personnel concerné visé en préambule au point a) alinéa 1 et 2.

Dans tous les cas, le salarié reçoit un kit de bienvenue individuel (comportant un formulaire de renonciation).

Pour demander à bénéficier des remboursements dans les meilleures conditions, renforcer le niveau de ses garanties ou étendre la couverture à ses ayants droit (via le bulletin individuel d'affiliation), il appartient au salarié bénéficiaire de retourner à

l'organisme gestionnaire toute ou partie des volets de son kit de bienvenue individuel, renseigné et complété des pièces justificatives attendues. Le salarié peut donner son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme gestionnaire (procédure NOEMIE), et devra le cas échéant retourner à l'organisme gestionnaire une photocopie de son attestation papier d'assuré social ainsi que toute autre pièce demandée dans le kit de bienvenue. L'organisme gestionnaire se réserve le droit, à tout moment, de demander au salarié de lui adresser les justificatifs de sa qualité d'assuré social (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale).

Le délai d'envoi de ces éléments à l'organisme gestionnaire ne fait pas obstacle à l'enregistrement immédiat de son affiliation (dès qu'il remplit les conditions requises pour bénéficier du régime).

L'affiliation des salariés entraîne l'ouverture des droits au régime frais de santé de base obligatoire et la mise à disposition d'une carte santé.

Article 6 – Notice d'information

Conformément à l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, les organismes coassureurs rédigent une notice d'information à destination des assurés des entreprises adhérentes, définissant les garanties du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé objet des présentes Conditions générales, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette notice est transmise par les organismes coassureurs à chaque entreprise adhérente au moment de son adhésion, à charge pour elle d'en remettre un exemplaire à chaque assuré. La preuve de la remise de la notice à chaque assuré incombe à l'entreprise, celle-ci pouvant être assurée par tout moyen ad hoc mis en œuvre par le gestionnaire.

De même, si des modifications sont apportées au régime détaillé aux présentes Conditions générales, une nouvelle notice d'information établie par les organismes coassureurs (ou un additif modificatif à la notice) sera remise à chaque assuré par l'entreprise adhérente ou, par délégation, par le gestionnaire.

Article 7 – 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 8 – 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 9 – 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 10 – Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes Conditions générales sont prescrites par 2 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 11 – Litiges judiciaires

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

Article 12 – Contrôle

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par l'assuré, 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 l'entreprise ou l'assuré, tant à l'occasion de l'adhésion et du versement des cotisations qu'à celle de l'ouverture des droits à prestations.

Article 13 – Dispositions diverses

Article 13.1 – 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).

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

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

- au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance / santé à :
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 13 . 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 13.3 - Autorité de contrôle

Les organismes coassureurs sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R.) sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 13.4 - 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

suyvants 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 14 – Garanties

Les garanties prises en application de l'accord du 14/12/2015 dont relève l'adhérent sont établies sur la base de la législation de l'Assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet dudit avenant. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Le détail des garanties est repris dans le tableau figurant en annexe des présentes Conditions générales.

Sont couverts, tous les actes et frais courants 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 de la législation « maladie », « accidents du travail / maladie professionnelles » et « maternité » ainsi que certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau des garanties repris en annexe.

Les garanties « maternité » prévues au régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité. Le forfait maternité est versé en cas de naissance d'un enfant de l'assuré (viable ou mort-né) ; il est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Article 15 – Maintien des garanties

Article 15.0 – Garantie de couverture de 3 mois

Tout assuré affilié au régime frais de santé de base obligatoire bénéficie d'une garantie de couverture de 3 mois incluant le cas échéant la période de portabilité d'une durée forfaitaire de 2 mois mentionnée à l'article 15.2.

Article 15.1 – Modalités de maintien en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré

Pour tout assuré, le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail de l'assuré. Cependant, le droit à garanties est suspendu de plein droit, en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré. En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période. La garantie reprend effet

dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

a/ En revanche, le présent régime et les cotisations salariales et patronales sont maintenus dans les mêmes conditions que lorsque l'assuré était en activité en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) par l'employeur ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers). Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisations.

b/ Par dérogation au point a / ci-dessus, lorsque la suspension du contrat de travail est due à un arrêt de travail pour maladie, accident (d'ordre professionnel ou non) ou un congé de maternité et que le salarié intérimaire est indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale, le bénéficiaire des présentes garanties est maintenu tant qu'il perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale, y compris après la fin ou la rupture du contrat de travail, sans versement de cotisation, à compter de la date de fin de période d'activité cotisée. Lorsque l'arrêt de travail intervient pendant la période de portabilité visée à l'article 15.2, 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 de la présente couverture collective n'a pas pour effet de suspendre la portabilité ni d'en proroger la durée.

c / Par ailleurs, 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 bénéficiaire des présentes garanties est maintenu au profit de l'assuré, sans versement de cotisation au titre des heures non travaillées.

En tout état de cause, la période de portabilité mentionnée à l'article 15.2 s'applique à compter de la fin ou de la rupture du contrat de travail.

Article 15. 2 – Modalités de maintien dans le cadre du dispositif de portabilité des droits

Le présent article a pour objet d'organiser le maintien des garanties du présent régime en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) et adapté ci-après aux spécificités du travail temporaire en application de l'accord du 14/12/2015.

Ainsi les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives de frais de soins de santé à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

a/ Participants

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'adhésion.

Ils bénéficient du maintien de garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du présent régime de frais de soins de santé souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail ;
- la cessation de leur contrat de travail ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, sauf précision contraire stipulée ci-après.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés intérimaires en activité, sauf stipulations contraires définies ci-après.

b/ Durée – limites

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente selon les formalités définies ci-après, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail de l'assuré et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois. Toutefois cette durée ne pourra être inférieure à 2 mois (durée non conditionnée formellement par la vérification de l'existence des droits à l'assurance chômage).

À l'issue de cette durée forfaitaire de 2 mois, l'ancien salarié bénéficiera d'une durée supplémentaire de 5 mois, s'il remplit les conditions d'indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, sans référence, pour cette période, à la durée des derniers contrats de travail consécutifs. De même, l'ancien salarié en situation de cumul emploi-retraite bénéficiera également de cette durée supplémentaire de 5 mois au-delà de la durée forfaitaire de 2 mois évoquée ci-dessus, dans l'attente de la reprise effective d'activité et ce, sous réserve d'attester bénéficier d'une pension de retraite et 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, le maintien des garanties cesse :

- lorsque l'assuré reprend un autre emploi (cependant, à l'issue de la durée forfaitaire de 2 mois, la portabilité peut être suspendue, à titre exceptionnel et pour une seule fois, sur demande expresse du salarié intérimaire, formulée auprès du gestionnaire, lorsqu'il reprend une activité professionnelle hors intérim d'une durée maximum de 4 semaines consécutives) ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme gestionnaire de son statut de demandeur d'emploi remplissant les conditions d'indemnisation par le régime obligatoire d'assurance chômage (au-delà de la durée forfaitaire de maintien de 2 mois précisée ci-dessus et sauf pour l'ancien salarié en situation de cumul emploi-retraite bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois dans les conditions ci-dessus) ;
- 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) ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- pour l'ancien salarié en situation de cumul emploi-retraite bénéficiant de la durée supplémentaire de 5 mois exposée ci-dessus, lorsqu'il ne peut plus attester bénéficier d'une pension de retraite et justifier se trouver sans emploi ;
- ainsi qu'en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion.

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 des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

c/ Formalités de déclaration

L'entreprise doit signaler le maintien des garanties visées par le présent article 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.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme gestionnaire de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- l'assuré reprend un autre emploi ;
- il ne peut plus justifier auprès de l'organisme gestionnaire de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage (pour l'assuré concerné) ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (pour l'assuré concerné).

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment pourra être mise en œuvre.

d/ Garanties

Les assurés bénéficient des garanties de frais de soins de santé du contrat d'adhésion applicables lors de la cessation de leur contrat de travail. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés intérimaires en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

e/ Paiement des prestations

L'ancien salarié devra produire à l'organisme gestionnaire le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage (si concerné).

L'organisme gestionnaire se réserve le droit de demander tout justificatif permettant de définir les droits au dispositif de portabilité.

f/ Cotisations

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue à l'article 22 des présentes Conditions générales.

Article 16 – Cessation des garanties

Cessation des garanties

Pour tout assuré, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise (sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article 15.0 relatif à la garantie de couverture de 3 mois ou des dispositions prévues à l'article 15.1 b/ou c/) ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité visée à l'article 15.2 des présentes Conditions générales, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

En cas de cessation des garanties, l'assuré a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande. Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation du présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

Poursuite des garanties à titre individuel et facultatif en application des dispositions de l'article 4 de la « Loi Évin »

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi Évin ») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, 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'examen 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, bénéficiaires 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. Toutefois, les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du dispositif de portabilité prévu à l'article 15.2, pourront en faire la demande dans les 6 mois suivant l'expiration

de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité. La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès des organismes coassureurs.

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.

Les tarifs applicables aux personnes visées par l'article 4 de la « loi Évin » mentionnées ci-dessus, pour bénéficier de la poursuite des garanties, sont établis dans le respect de la réglementation en vigueur.

Ont la **qualité d'ayants droit** de l'assuré décédé au titre des présentes dispositions :

- **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).

- les **enfants à charge** 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.

Article 17 – 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 18 – Présentation des dossiers

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.

Il sera également demandé :

- **en cas de forfait maternité**, un extrait d'acte de naissance, avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ;
- **en cas d'adoption**, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département.

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 19 – 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 20 – 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 21 – 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'assurance concernés.

Cotisations

Article 22 – Taux de cotisations et répartition

La cotisation des actifs, au titre du régime frais de santé de base obligatoire est réglée trimestriellement à terme échu par l'entreprise. Les cotisations sont exprimées en euros.

Le taux contractuel de la cotisation horaire est fixé, pour les salariés intérimaires visés en préambule, selon le barème suivant :

- assuré relevant du régime général de la Sécurité sociale : 0,1400 € / heure de travail ;
- assuré relevant du régime local Alsace Moselle : 0,089 € / heure de travail.

Pour la période du 01/01/2023 au 31/12/2023, le taux de la cotisation horaire sera appelé pour les salariés intérimaires visés en préambule, selon le barème suivant :

- assuré relevant du régime général de la Sécurité sociale : 0,1258 € / heure de travail ;
- assuré relevant du régime local Alsace Moselle : 0,0800 € / heure de travail.

Pour la période du 01/01/2024 au 31/12/2024, le taux de la cotisation horaire sera appelé pour les salariés intérimaires visés en préambule, selon le barème suivant :

- assuré relevant du régime général de la Sécurité sociale : 0,1322 € / heure de travail ;
- assuré relevant du régime local Alsace Moselle : 0,084 € / heure de travail.

Pour la période du 01/01/2025 au 31/12/2025, le taux de la cotisation horaire sera appelé pour les salariés intérimaires visés en préambule, selon le barème suivant :

- assuré relevant du régime général de la Sécurité sociale : 0,1388 € / heure de travail ;
- assuré relevant du régime local Alsace Moselle : 0,0882 € / heure de travail.

La cotisation est calculée sur les heures de travail soumises à cotisations de la Sécurité sociale telles que définies par les articles L.242-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à l'exception des heures supplémentaires.

Les cotisations ci-dessus s'entendent y compris les taxes et contributions en vigueur à la date

d'effet de l'accord du 14/12/2015 dans le cadre duquel le présent régime a été souscrit. En cas de modification de la réglementation ayant servi de base à la détermination du taux de cotisation (notamment en cas d'évolution de la réglementation de la Sécurité sociale), postérieurement à la prise d'effet de l'accord du 14/12/2015 précité, les taux de cotisations pourront être révisés.

La répartition financière de la cotisation s'effectue à raison de 50 % pour l'employeur et de 50 % pour le salarié.

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 taux de cotisations seront maintenus ;
 - est supérieur à 100 %, les tarifs seront négociés avec un objectif de retour à l'équilibre des régimes.

Au 1^{er} janvier de chaque année, les cotisations seront révisées/indexées si nécessaire en fonction de l'équilibre global (résultats) des contrats en portefeuille souscrits auprès des organismes coassureurs couvrant le régime frais de santé détaillé aux présentes Conditions générales selon les mêmes modalités.

Article 23 – Paiement des cotisations

Les cotisations des actifs sont payables par l'adhérent, trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire dans le premier mois de chaque trimestre civil, pour le trimestre écoulé. L'adhérent est responsable du paiement des cotisations.

La cotisation des actifs est prélevée sur le salaire brut et mentionnée sur le bulletin de paye du mois au cours duquel le salarié intérimaire bénéficie du régime.

La cotisation des actifs visée à l'article 22 est due :

- pour les salariés visés au point a/ alinéas 1 et 2 en préambule : dès le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel ils remplissent la condition d'ancienneté ;
- pour les salariés visés au point a/ alinéa 3 ou au point b/ en préambule : dès le premier jour du contrat de travail.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, les garanties sont suspendues, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.

Annexe / Régime de base obligatoire

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 journalier 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		
Chiropraxie, étioopathie, 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
<p>(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.</p> <p>(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :</p> <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. <p>(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.</p>	

Grille Optique

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

Montant par verre de classe B (RSS inclus)								
Classe	Défaut visuel			Dans le réseau optique Itelis 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)		Hors réseau optique Itelis		
	Sphère ou Cylindre (+)	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	Indice 1,74			
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Traitement contre les rayures	Traitement contre les rayures			
	Sphère	< -8	> 0	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV	104 €	82 €	165 €
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0	Précalibrage	Précalibrage			
Monture de classe B (RSS inclus)					60 €			

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.